

|                                                                                  |                                                                                                                                                |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>“CONTRATAR LA MODERNIZACIÓN DE LAS BATERÍAS SANITARIAS DEL CENTRO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL DEL SENA REGIONAL BOYACÁ.</b> |  |
| <b>NIT: 901482344</b>                                                            | <b>INFORME DE OBRA 02 SST FEBRERO 2026</b>                                                                                                     | <b>NIT: 899999034</b>                                                              |

# COMPONENTE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## 1. PERSONAL DE OBRA

### 1.1 Personal de obra calificada

A continuación, se muestra la relación del personal de mano de obra calificada del CONSUL CONTRUCCIONES E&E S.A.S

| NOMBRE                       | CEDULA        | CARGO             |
|------------------------------|---------------|-------------------|
| DUVAN DANILO REYES FERNANDEZ | 1.002.461.522 | RESIDENTE DE OBRA |
| KAREN VIVIANA GIRON MESA     | 1.057.604.023 | RESIDENTE SST     |

### 1.2 Personal de obra no calificada

A continuación, se muestra la relación del personal de mano de obra no calificada del proyecto CONTRATAR LA MODERNIZACIÓN DE LAS BATERÍAS SANITARIAS DEL CENTRO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL DEL SENA REGIONAL BOYACÁ

| NOMBRE                        | CEDULA        | CARGO            |
|-------------------------------|---------------|------------------|
| LISBETD JOHANA ORTIZ ALVAREZ  | 1.055.274.908 | AUXILIAR DE OBRA |
| LUIS ALEJANDRO VEGA MONGUI    | 74.379.278    | AUXILIAR DE OBRA |
| HERMES JAVIER PEDRAZA GAVIDIA | 9.396.978     | MAESTRO DE OBRA  |
| MANUEL ALEJANDRO SALAMANCA    | 1.053.587.554 | AUXILIAR DE OBRA |
| PARMENIO CERON PRECIADO       | 80.428.482    | MAESTRO DE OBRA  |
| RAMIRO AVELLA AVELLA          | 9.530.213     | AUXILIAR DE OBRA |

### 1.3 Exámenes médicos ocupacionales

Los exámenes médicos ocupacionales de ingreso constituyen una evaluación clínica sistemática y estandarizada orientada a determinar la aptitud médica del trabajador para un puesto específico, en concordancia con los riesgos ocupacionales identificados y la normativa vigente en seguridad y salud en el trabajo. Su finalidad es establecer la línea base del estado de salud, detectar condiciones preexistentes relevantes y verificar la compatibilidad entre las capacidades psicofísicas del postulante y las exigencias del cargo, contribuyendo a la prevención de enfermedades profesionales, accidentes laborales y responsabilidades medicolegales. Durante el periodo de Febrero no se realizaron exámenes médicos.

## 1.4 Soporte de pago y afiliaciones al sistema de seguridad social

El pago de la seguridad social corresponde al cumplimiento de las obligaciones legales del empleador y del trabajador destinadas a financiar los sistemas de protección social, incluyendo salud, pensiones y riesgos laborales. Este proceso se rige por la normativa vigente y se calcula sobre la base de la remuneración imponible, garantizando la cobertura frente a contingencias como enfermedad, invalidez, vejez y accidentes de trabajo, así como la trazabilidad y sostenibilidad del sistema de seguridad social. Los soportes se encuentran en **ANEXO 1. SEGURIDAD SOCIAL / AFILIACIONES**

## 1.5 Inducción

Las inducciones constituyen un proceso formativo inicial y estructurado mediante el cual se proporciona al trabajador información técnica y normativa sobre la organización, el puesto de trabajo y los riesgos asociados a sus funciones. Su objetivo es asegurar la correcta comprensión de los procedimientos operativos, las medidas de seguridad y salud en el trabajo, y las responsabilidades individuales, facilitando la adaptación al entorno laboral y la prevención de incidentes, accidentes y enfermedades laborales. Durante el periodo de febrero no se realizaron inducciones.

## 1.6 Entrega de Epps

Es importante la entrega de dotación ya que el trabajador debe contar con ropa adecuada para la ejecución de sus actividades, de igual manera la entrega de elementos de protección personal esto permite proporcionarles una barrera entre un determinado riesgo y la persona, mejorando el resguardo de la integridad física del trabajador y disminuir la gravedad de las consecuencias de un posible accidente sufrido por el trabajador.



## 1.7 Charlas de seguridad

Las charlas de seguridad son actividades preventivas de carácter técnico y periódico orientadas a reforzar la identificación de peligros, la evaluación de riesgos y la aplicación de controles operativos en el entorno laboral. A través de la comunicación dirigida y la sensibilización continua, estas charlas promueven conductas seguras, el cumplimiento de los procedimientos establecidos y la consolidación de una cultura de seguridad y salud en el trabajo, contribuyendo a la reducción de incidentes y accidentes laborales. Los soportes se encuentran en el **ANEXO 2.**

### CHARLAS DE SEGURIDAD

| FECHA      | TEMAS TRATADOS                                               | N° DE ASISTENTES | RESPONSABLE |
|------------|--------------------------------------------------------------|------------------|-------------|
| 02-02-2026 | Levantamiento de objetos                                     | 8                | KAREN GIRON |
| 03-02-2026 | Agotamiento por calor                                        | 8                | KAREN GIRON |
| 04-02-2026 | Primeros auxilios en quemaduras                              | 8                | KAREN GIRON |
| 05-02-2026 | Consciencia ambiental                                        | 8                | KAREN GIRON |
| 06-02-2026 | Seguridad en temblores de tierra                             | 8                | KAREN GIRON |
| 07-02-2026 | Investigación de accidentes                                  | 8                | KAREN GIRON |
| 09-02-2026 | Inhalación pasiva de humo                                    | 8                | KAREN GIRON |
| 10-02-2026 | Herramientas eléctricas y pequeños implementos               | 8                | KAREN GIRON |
| 11-02-2026 | Resbalones, tropezones y caídas                              | 8                | KAREN GIRON |
| 12-02-2026 | Datos sobre el cigarrillo y consejos para dejarlo            | 8                | KAREN GIRON |
| 13-02-2026 | Seguridad con los juguetes de los niños                      | 8                | KAREN GIRON |
| 14-02-2026 | Protección de los pulmones                                   | 6                | KAREN GIRON |
| 16-02-2026 | Mangos de herramientas                                       | 8                | KAREN GIRON |
| 17-02-2026 | Destornilladores: Uso y abuso                                | 8                | KAREN GIRON |
| 18-02-2026 | Todos debemos preocuparnos por la prevención de accidentes   | 8                | KAREN GIRON |
| 19-02-2026 | Herramientas cortantes                                       | 8                | KAREN GIRON |
| 20-02-2026 | Las llaves y las lesiones                                    | 8                | KAREN GIRON |
| 21-02-2026 | ¿Es la prevención de accidentes una necesidad?               | 8                | KAREN GIRON |
| 23-02-2026 | Sentido común                                                | 8                | KAREN GIRON |
| 24-02-2026 | El fuego nos puede quitar el trabajo... O la vida            | 8                | KAREN GIRON |
| 25-02-2026 | En busca de las causas de los accidentes no de los culpables | 8                | KAREN GIRON |
| 26-02-2026 | Todos los accidentes tienen una causa                        | 8                | KAREN GIRON |
| 27-02-2026 | Trabajando correctamente se evitan accidentes                | 8                | KAREN GIRON |
| 28-02-2026 | Resguardos: Si se usan protegen                              | 8                | KAREN GIRON |

## 1.8 Permisos de trabajo

Los permisos de trabajo constituyen una herramienta fundamental dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), ya que permiten identificar, evaluar y controlar los riesgos asociados a la ejecución de actividades consideradas críticas o de alto riesgo. Su correcta implementación garantiza que las tareas se realicen bajo condiciones seguras, minimizando la probabilidad de accidentes laborales, incidentes y enfermedades ocupacionales. Los soportes se encuentran en el **ANEXO 3. PERMISOS DE TRABAJO**

## 2. INSPECCIONES

### 2.1 Inspección de herramientas manuales

Las inspecciones de herramientas manuales son actividades técnicas de control preventivo destinadas a verificar el estado físico, funcional y de seguridad de los equipos utilizados en las labores diarias. Estas inspecciones permiten identificar condiciones subestándares, desgaste, daños o defectos que puedan generar riesgos para el trabajador, asegurando el cumplimiento de los criterios técnicos y normativos, y contribuyendo a la prevención de accidentes, fallas operativas y pérdidas materiales. Los soportes se encuentran en el **ANEXO 4. INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS**



### 2.2 Sustancias químicas

Para la actividad que se está desarrollando se está utilizando cemento Holcim y pega master. Las fichas de datos de seguridad. Los soportes se encuentran en el **ANEXO 5. FICHAS DE DATOS DE SEGURIDAD**



## 2.3 Jornadas de orden y aseo



## 2.4 Elementos de primeros auxilios

### Botiquín de primeros auxilios

CONSUL CONSTRUCCIONES E&E S.A.S cuenta con la respectiva compra de los siguientes elementos:

- APÓSITO ó COMPRESAS NO ESTÉRILES
- ESPARADRAPO DE TELA ROLLO 4"
- GASAS ESTÉRILES PAQUETE x 3
- TIJERAS
- BAJALENGUAS PAQUETE
- VENDA ELÁSTICA 2 X 5 YARDAS
- VENDA ELÁSTICA 3 X 5 YARDAS
- VENDA ELÁSTICA 5 X 5 YARDAS
- VENDA DE ALGODÓN 3 X 5 YARDAS
- ESPARADRAPO

- GUANTES DE LÁTEX PARA EXAMEN
- TERMÓMETRO DE MERCURIO ó DIGITAL
- ALCOHOL ANTISÉPTICO FRASCO POR 275 ml
- TIJERAS
- CURAS
- CAMILLA
- EXTINTOR



### **3. REPORTE DE INCIDENTES**

Un incidente es un suceso repentino no deseado que ocurre por las mismas causas que se presentan los accidentes, sólo que por cuestiones del azar no desencadena lesiones en las personas, daños a la propiedad, al proceso o al ambiente

#### **3.1 Estadísticas de accidentalidad**

Cumpliendo con la resolución 0319 del 2019 en el artículo 30. Indicadores mínimos de seguridad y salud en el trabajo. A partir del año 2019, las empresas anualmente llevarán un registro de los indicadores de SST, entre los cuales se determinará: frecuencia de accidentalidad, severidad de accidentalidad, proporción de accidentes de trabajo mortales.

| Nombre del indicador                         | Definición                                                   | Fórmula                                                                                                                                         | Interpretación                                                                                         | Periodicidad Mínima |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Frecuencia de accidentalidad                 | Número de veces que ocurre un accidente de trabajo en el mes | (Número de accidentes de trabajo que se presentaron en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100                                         | Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes, se presentaron X accidentes de trabajo       | Mensual             |
| Severidad de accidentalidad                  | Número de días perdidos por accidentes de trabajo en el mes  | (Número de días de incapacidad por accidente de trabajo en el mes + número de días cargados en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100 | Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes, se perdieron X días por accidente de trabajo | Mensual             |
| Proporción de accidentes de trabajo mortales | Número de accidentes de trabajo mortales en el año           | (Número de accidentes de trabajo mortales que se presentaron en el año / Total de accidentes de trabajo que se presentaron en el año) * 100     | En el año, el X% de accidentes de trabajo fueron mortales                                              | Anual               |

En este caso se presenta las estadísticas por meses en el cual se realiza el análisis estadístico en el cual nos proporciona un buen sistema de seguimiento y control de números de accidentes, su gravedad, sus causas, la forma de producirse, así como la localización de las actividades con un alto riesgo.

#### FRECUENCIA DE ACCIDENTALIDAD

$$\text{Índice de frecuencia: } \frac{\text{Número de accidentes que se presentan el mes}}{\text{Número de trabajadores en el mes}} * 100$$

#### FEBRERO

$$\text{Índice de frecuencia} = \frac{0}{8} * 100 = 0$$

#### SEVERIDAD DE ACCIDENTALIDAD

$$\text{Índice de severidad: } \frac{\text{Número de accidentes que se presentan el mes} * \text{número de días cargados en el mes}}{\text{Número de trabajadores en el mes}} * 100$$

#### FEBRERO

$$\text{Índice de frecuencia} = \frac{0 * 0}{8} * 100 = 0$$

## 4. COMPONENTE AMBIENTAL

### 4.1 Señalización y demarcación de la obra

La señalización y demarcación de las zonas de trabajo son elementos fundamentales dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), ya que permiten identificar de manera clara y oportuna los riesgos presentes en el entorno laboral, orientar el comportamiento seguro de los trabajadores y prevenir accidentes e incidentes. Una adecuada señalización contribuye a mejorar la percepción del riesgo y a facilitar la correcta circulación de personas, equipos y vehículos dentro de las instalaciones.



### 4.2 Certificado de No asbesto

Se deja constancia formal que no se utilizará asbesto ni ningún material que contenga asbesto. Los soportes se encuentran en el **ANEXO 6. ACTA NO ASBESTO**

## 5. MANEJO DE RESIDUOS

### 5.1 Manejo de residuos RCD

Durante la ejecución de las actividades se obtuvo material de construcción para disposición final.



## 5.2 Acopio de residuos RCD

Se destina un lugar específico para el acopio de escombros y material sobrante de la obra, que se encuentra ubicado específicamente en un lugar que no exista tránsito de personas, se ubica en la parte de atrás de la cafetería, señalizando y demarcando con paletas y cinta de peligro.

En cumplimiento en protección al medio ambiente en el almacenamiento de los residuos RCD generados durante la ejecución del contrato se protege de la intemperie del sol, lluvia y viento con el fin de evitar el deterioro y las posibles liberaciones de sustancias peligrosas.

## 5.3 Disposición final de residuos de construcción

Una vez se finaliza el traslado de los residuos de escombros de los diferentes lugares que se están ejecutando actividades al acopio principal se procede a realizar el proceso para la contratación de las empresas que realiza recolección de estos materiales para su manejo y disposición final. Certificado en **ANEXO 7. CERTIFICADO DISPOSICIÓN DE RESIDUOS**





## 6. CONCLUSIÓN.

A partir del análisis realizado en el informe de Seguridad y Salud en el Trabajo, se concluye que la ejecución del proyecto de modernización de las baterías sanitarias en el SENA (CEDEAGRO) implica riesgos significativos que hacen indispensable la implementación estricta de controles técnicos, administrativos y operativos. La adopción de medidas como la realización de exámenes médicos ocupacionales, la afiliación y el pago oportuno de la seguridad social, la capacitación e inducción del personal, las charlas de seguridad, las inspecciones periódicas de herramientas y el uso correcto de los elementos de protección personal contribuyen de manera decisiva a la prevención de accidentes y enfermedades laborales, al cumplimiento de la normativa legal vigente y al desarrollo seguro y controlado del proyecto.

---

Ing. Karen Viviana Giron Mesa  
Coordinadora SST  
Cel: 310 6753992

## **ANEXO 1. SEGURIDAD SOCIAL/ AFILIACIONES**

## RESUMEN PLANILLA PAGADA



| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |             |                            |            |        |                         |                 |                        |                 |
|-------------------------------|-------------|----------------------------|------------|--------|-------------------------|-----------------|------------------------|-----------------|
| IDENTIFICACIÓN                | DV          | RAZÓN SOCIAL               | CLASE      | CÓDIGO | ARL                     | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO               | TIPO DE EMPRESA |
| Nº 101482344                  | 4           | CONSUL-CONSULTORES SAS SAS | B          | 8      | ARL SUR - 14-11         | SUCURSAL        | 4250                   | Asesoría        |
| MUN-DEP                       | DIRECCIÓN   |                            | TELÉFONO   |        | EMAIL                   |                 | EXENTO DE PARAFISCALES |                 |
| 10-238                        | CL 12 27 88 |                            | 3132941937 |        | CONSULTAS@CONSULTAS.COM |                 | B                      |                 |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN |                    |                   |                 |             |                   |              |           |            |                |
|-----------------------------------|--------------------|-------------------|-----------------|-------------|-------------------|--------------|-----------|------------|----------------|
| PERIODO PENSIÓN                   | PERIODO SALUD      | PLANILLA          | TIPO PLANILLA   | FECHA PAGO  | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERÉS X MORA |
| 2026-01                           | 2026-02            | 30347718          | B               | 21/02-02-18 | TODOS LOS CENTROS | TODOS        | TODOS     | 2.390.300  | 8.100          |
| Nº AFILIADOS                      | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LIMITE PAGO | ESTADO PLANILLA |             |                   |              |           |            |                |
| 6                                 | 30347718           | 2026-02-11        | Pagada          |             |                   |              |           |            |                |

| EMPLEADO |    | NOVEDADES |         |                      |   |   |   |   |   |   |   | DÍAS |   | PENSIÓN |    |    | SALUD |    |    | CCF |    |    | RIESGOS |    |    | TARIFA |    | PARAF | SENA | ICBF | ESAP | MIN | COT |    | Total |    | Exento de pagar pasajes |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|----------|----|-----------|---------|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|------|---|---------|----|----|-------|----|----|-----|----|----|---------|----|----|--------|----|-------|------|------|------|-----|-----|----|-------|----|-------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Nº       | ID | EMPLEADO  | SALARIO | MODALIDAD DE SALARIO | 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    | 32 | 33                      | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 | 101 | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 | 107 | 108 | 109 | 110 | 111 | 112 | 113 | 114 | 115 | 116 | 117 | 118 | 119 | 120 | 121 | 122 | 123 | 124 | 125 | 126 | 127 | 128 | 129 | 130 | 131 | 132 | 133 | 134 | 135 | 136 | 137 | 138 | 139 | 140 | 141 | 142 | 143 | 144 | 145 | 146 | 147 | 148 | 149 | 150 | 151 | 152 | 153 | 154 | 155 | 156 | 157 | 158 | 159 | 160 | 161 | 162 | 163 | 164 | 165 | 166 | 167 | 168 | 169 | 170 | 171 | 172 | 173 | 174 | 175 | 176 | 177 | 178 | 179 | 180 | 181 | 182 | 183 | 184 | 185 | 186 | 187 | 188 | 189 | 190 | 191 | 192 | 193 | 194 | 195 | 196 | 197 | 198 | 199 | 200 | 201 | 202 | 203 | 204 | 205 | 206 | 207 | 208 | 209 | 210 | 211 | 212 | 213 | 214 | 215 | 216 | 217 | 218 | 219 | 220 | 221 | 222 | 223 | 224 | 225 | 226 | 227 | 228 | 229 | 230 | 231 | 232 | 233 | 234 | 235 | 236 | 237 | 238 | 239 | 240 | 241 | 242 | 243 | 244 | 245 | 246 | 247 | 248 | 249 | 250 | 251 | 252 | 253 | 254 | 255 | 256 | 257 | 258 | 259 | 260 | 261 | 262 | 263 | 264 | 265 | 266 | 267 | 268 | 269 | 270 | 271 | 272 | 273 | 274 | 275 | 276 | 277 | 278 | 279 | 280 | 281 | 282 | 283 | 284 | 285 | 286 | 287 | 288 | 289 | 290 | 291 | 292 | 293 | 294 | 295 | 296 | 297 | 298 | 299 | 300 | 301 | 302 | 303 | 304 | 305 | 306 | 307 | 308 | 309 | 310 | 311 | 312 | 313 | 314 | 315 | 316 | 317 | 318 | 319 | 320 | 321 | 322 | 323 | 324 | 325 | 326 | 327 | 328 | 329 | 330 | 331 | 332 | 333 | 334 | 335 | 336 | 337 | 338 | 339 | 340 | 341 | 342 | 343 | 344 | 345 | 346 | 347 | 348 | 349 | 350 | 351 | 352 | 353 | 354 | 355 | 356 | 357 | 358 | 359 | 360 | 361 | 362 | 363 | 364 | 365 | 366 | 367 | 368 | 369 | 370 | 371 | 372 | 373 | 374 | 375 | 376 | 377 | 378 | 379 | 380 | 381 | 382 | 383 | 384 | 385 | 386 | 387 | 388 | 389 | 390 | 391 | 392 | 393 | 394 | 395 | 396 | 397 | 398 | 399 | 400 | 401 | 402 | 403 | 404 | 405 | 406 | 407 | 408 | 409 | 410 | 411 | 412 | 413 | 414 | 415 | 416 | 417 | 418 | 419 | 420 | 421 | 422 | 423 | 424 | 425 | 426 | 427 | 428 | 429 | 430 | 431 | 432 | 433 | 434 | 435 | 436 | 437 | 438 | 439 | 440 | 441 | 442 | 443 | 444 | 445 | 446 | 447 | 448 | 449 | 450 | 451 | 452 | 453 | 454 | 455 | 456 | 457 | 458 | 459 | 460 | 461 | 462 | 463 | 464 | 465 | 466 | 467 | 468 | 469 | 470 | 471 | 472 | 473 | 474 | 475 | 476 | 477 | 478 | 479 | 480 | 481 | 482 | 483 | 484 | 485 | 486 | 487 | 488 | 489 | 490 | 491 | 492 | 493 | 494 | 495 | 496 | 497 | 498 | 499 | 500 | 501 | 502 | 503 | 504 | 505 | 506 | 507 | 508 | 509 | 510 | 511 | 512 | 513 | 514 | 515 | 516 | 517 | 518 | 519 | 520 | 521 | 522 | 523 | 524 | 525 | 526 | 527 | 528 | 529 | 530 | 531 | 532 | 533 | 534 | 535 | 536 | 537 | 538 | 539 | 540 | 541 | 542 | 543 | 544 | 545 | 546 | 547 | 548 | 549 | 550 | 551 | 552 | 553 | 554 | 555 | 556 | 557 | 558 | 559 | 560 | 561 | 562 | 563 | 564 | 565 | 566 | 567 | 568 | 569 | 570 | 571 | 572 | 573 | 574 | 575 | 576 | 577 | 578 | 579 | 580 | 581 | 582 | 583 | 584 | 585 | 586 | 587 | 588 | 589 | 590 | 591 | 592 | 593 | 594 | 595 | 596 | 597 | 598 | 599 | 600 | 601 | 602 | 603 | 604 | 605 | 606 | 607 | 608 | 609 | 610 | 611 | 612 | 613 | 614 | 615 | 616 | 617 | 618 | 619 | 620 | 621 | 622 | 623 | 624 | 625 | 626 | 627 | 628 | 629 | 630 | 631 | 632 | 633 | 634 | 635 | 636 | 637 | 638 | 639 | 640 | 641 | 642 | 643 | 644 | 645 | 646 | 647 | 648 | 649 | 650 | 651 | 652 | 653 | 654 | 655 | 656 | 657 | 658 | 659 | 660 | 661 | 662 | 663 | 664 | 665 | 666 | 667 | 668 | 669 | 670 | 671 | 672 | 673 | 674 | 675 | 676 | 677 | 678 | 679 | 680 | 681 | 682 | 683 | 684 | 685 | 686 | 687 | 688 | 689 | 690 | 691 | 692 | 693 | 694 | 695 | 696 | 697 | 698 | 699 | 700 | 701 | 702 | 703 | 704 | 705 | 706 | 707 | 708 | 709 | 710 | 711 | 712 | 713 | 714 | 715 | 716 | 717 | 718 | 719 | 720 | 721 | 722 | 723 | 724 | 725 | 726 | 727 | 728 | 729 | 730 | 731 | 732 | 733 | 734 | 735 | 736 | 737 | 738 | 739 | 740 | 741 | 742 | 743 | 744 | 745 | 746 | 747 | 748 | 749 | 750 | 751 | 752 | 753 | 754 | 755 | 756 | 757 | 758 | 759 | 760 | 761 | 762 | 763 | 764 | 765 | 766 | 767 | 768 | 769 | 770 | 771 | 772 | 773 | 774 | 775 | 776 | 777 | 778 | 779 | 780 | 781 | 782 | 783 | 784 | 785 | 786 | 787 | 788 | 789 | 790 | 791 | 792 | 793 | 794 | 795 | 796 | 797 | 798 | 799 | 800 | 801 | 802 | 803 | 804 | 805 | 806 | 807 | 808 | 809 | 810 | 811 | 812 | 813 | 814 | 815 | 816 | 817 | 818 | 819 | 820 | 821 | 822 | 823 | 824 | 825 | 826 | 827 | 828 | 829 | 830 | 831 | 832 | 833 | 834 | 835 | 836 | 837 | 838 | 839 | 840 | 841 | 842 | 843 | 844 | 845 | 846 | 847 | 848 | 849 | 850 | 851 | 852 | 853 | 854 | 855 | 856 | 857 | 858 | 859 | 860 | 861 | 862 | 863 | 864 | 865 | 866 | 867 | 868 | 869 | 870 | 871 | 872 | 873 | 874 | 875 | 876 | 877 | 878 | 879 | 880 | 881 | 882 | 883 | 884 | 885 | 886 | 887 | 888 | 889 | 890 | 891 | 892 | 893 | 894 | 895 | 896 | 897 | 898 | 899 | 900 | 901 | 902 | 903 | 904 | 905 | 906 | 907 | 908 | 909 | 910 | 911 | 912 | 913 | 914 | 915 | 916 | 917 | 918 | 919 | 920 | 921 | 922 | 923 | 924 | 925 | 926 | 927 | 928 | 929 | 930 | 931 | 932 | 933 | 934 | 935 | 936 | 937 | 938 | 939 | 940 | 941 | 942 | 943 | 944 | 945 | 946 | 947 | 948 | 949 | 950 | 951 | 952 | 953 | 954 | 955 | 956 | 957 | 958 | 959 | 960 | 961 | 962 | 963 | 964 | 965 | 966 | 967 | 968 | 969 | 970 | 971 | 972 | 973 | 974 | 975 | 976 | 977 | 978 | 979 | 980 | 981 | 982 | 983 | 984 | 985 | 986 | 987 | 988 | 989 | 990 | 991 | 992 | 993 | 994 | 995 | 996 | 997 | 998 | 999 | 1000 | 1001 | 1002 | 1003 | 1004 | 1005 | 1006 | 1007 | 1008 | 1009 | 1010 | 1011 | 1012 | 1013 | 1014 | 1015 | 1016 | 1017 | 1018 | 1019 | 1020 | 1021 | 1022 | 1023 | 1024 | 1025 | 1026 | 1027 | 1028 | 1029 | 1030 | 1031 | 1032 | 1033 | 1034 | 1035 | 1036 | 1037 | 1038 | 1039 | 1040 | 1041 | 1042 | 1043 | 1044 | 1045 | 1046 | 1047 | 1048 | 1049 | 1050 | 1051 | 1052 | 1053 | 1054 | 1055 | 1056 | 1057 | 1058 | 1059 | 1060 | 1061 | 1062 | 1063 | 1064 | 1065 | 1066 | 1067 | 1068 | 1069 | 1070 | 1071 | 1072 | 1073 | 1074 | 1075 | 1076 | 1077 | 1078 | 1079 | 1080 | 1081 | 1082 | 1083 | 1084 | 1085 | 1086 | 1087 | 1088 | 1089 | 1090 | 1091 | 1092 | 1093 | 1094 | 1095 | 1096 | 1097 | 1098 | 1099 | 1100 | 1101 | 1102 | 1103 | 1104 | 1105 | 1106 | 1107 | 1108 | 1109 | 1110 | 1111 | 1112 | 1113 | 1114 | 1115 | 1116 | 1117 | 1118 | 1119 | 1120 | 1121 | 1122 | 1123 | 1124 | 1125 | 1126 | 1127 | 1128 | 1129 | 1130 | 1131 | 1132 | 1133 | 1134 | 1135 | 1136 | 1137 | 1138 | 1139 | 1140 | 1141 | 1142 | 1143 | 1144 | 1145 | 1146 | 1147 | 1148 | 1149 | 1150 | 1151 | 1152 | 1153 | 1154 | 1155 | 1156 | 1157 | 1158 | 1159 | 1160 | 1161 | 1162 | 1163 | 1164 | 1165 | 1166 | 1167 | 1168 | 1169 | 1170 | 1171 | 1172 | 1173 | 1174 | 1175 | 1176 | 1177 | 1178 | 1179 | 1180 | 1181 | 1182 | 1183 | 1184 | 1185 | 1186 | 1187 | 1188 | 1189 | 1190 | 1191 | 1192 | 1193 | 1194 | 1195 | 1196 | 1197 | 1198 | 1199 | 1200 | 1201 | 1202 | 1203 | 1204 | 1205 | 1206 | 1207 | 1208 | 1209 | 1210 | 1211 | 1212 | 1213 | 1214 | 1215 | 1216 | 1217 | 1218 | 1219 | 1220 | 1221 | 1222 | 1223 | 1224 | 1225 | 1226 | 1227 | 1228 | 1229 | 1230 | 1231 | 1232 | 1233 | 1234 | 1235 | 1236 | 1237 | 1238 | 1239 | 1240 | 1241 | 1242 | 1243 | 1244 | 1245 | 1246 | 1247 | 1248 | 1249 | 1250 | 1251 | 1252 | 1253 | 1254 | 1255 | 1256 | 1257 | 1258 | 1259 | 1260 | 1261 | 1262 | 1263 | 1264 | 1265 | 1266 | 1267 | 1268 | 1269 | 1270 | 1271 | 1272 | 1273 | 1274 | 1275 | 1276 | 1277 | 1278 | 1279 | 1280 | 1281 | 1282 | 1283 | 1284 | 1285 | 1286 | 1287 | 1288 | 1289 | 1290 | 1291 | 1292 | 1293 | 1294 | 1295 | 1296 | 1297 | 1298 | 1299 | 1300 | 1301 | 1302 | 1303 | 1304 | 1305 | 1306 | 1307 | 1308 | 1309 | 1310 | 1311 | 1312 | 1313 | 1314 | 1315 | 1316 | 1317 | 1318 | 1319 | 1320 | 1321 | 1322 | 1323 | 1324 | 1325 | 1326 | 1327 | 1328 | 1329 | 1330 | 1331 | 1332 | 1333 | 1334 | 1335 | 1336 | 1337 | 1338 | 1339 | 1340 | 1341 | 1342 | 1343 | 1344 | 1345 | 1346 | 1347 | 1348 | 1349 | 1350 | 1351 | 1352 | 1353 | 1354 | 1355 | 1356 | 1357 | 1358 | 1359 | 1360 | 1361 | 1362 | 1363 | 1364 | 1365 | 1366 | 1367 | 1368 | 1369 | 1370 | 1371 | 1372 | 1373 | 1374 | 1375 | 1376 | 1377 | 1378 | 1379 | 1380 | 1381 | 1382 | 1383 | 1384 | 1385 | 1386 | 1387 | 1388 | 1389 | 1390 | 1391 | 1392 | 1393 | 1394 | 1395 | 1396 | 1397 | 1398 | 1399 | 1400 | 1401 | 1402 | 1403 | 1404 | 1405 | 1406 | 1407 | 1408 | 1409 | 1410 | 1411 | 1412 | 1413 | 1414 | 1415 | 1416 | 1417 | 1418 | 1419 | 1420 | 1421 | 1422 | 1423 | 1424 | 1425 | 1426 | 1427 | 1428 | 1429 | 1430 | 1431 | 1432 | 1433 | 1434 | 1435 | 1436 | 1437 | 1438 | 1439 | 1440 | 1441 | 1442 | 1443 | 1444 | 1445 | 1446 | 1447 | 1448 | 1449 | 1450 | 1451 | 1452 | 1453 | 1454 | 1455 | 1456 | 1457 | 1458 | 1459 | 1460 | 1461 | 1462 | 1463 | 1464 | 1465 | 1466 | 1467 | 1468 | 1469 | 1470 | 1471 | 1472 | 1473 | 1474 | 1475 | 1476 | 1477 |

## **ANEXO 2. CHARLAS DE SEGURIDAD**



# SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL

Elabora: Consultor SST

Aprobó: Representante legal

CODIGO: SST-CAS-FT-53

VERSION: 001

FECHA: 1/07/2025

Página 1 de 1

CIUDAD: Duitama      FRENTE DE TRABAJO: Sero - Cedeagro      FECHA: 02-02-2026      HORA: 7:00 am.

ACTIVIDAD REALIZADA

- Inducción
- Reinducción
- Charla de seguridad ☒
- Pausa activa
- Reuniones de SST / Operativas
- Seminario / Taller / Curso
- Capacitación específica al cargo
- Otra

levantamiento de objetos.

| No | NOMBRES Y APELLIDOS       | CEDULA DE CIUDADANIA | CARGO         | FIRMA      |
|----|---------------------------|----------------------|---------------|------------|
| 1  | Luis Alexandre Yegor      | 7430278              | Aux           | Luis Yegor |
| 2  | Durán Reyes I             | 1002461522           | Residente Obr | Durán      |
| 3  | Karen Umanu Giron         | 91346973             | Mayor         | Karen      |
| 4  | Armando Leon              | 80425482             | Mayor         | Armando    |
| 5  | Ramiro Huelia             | 9530213              | Aux           | Ramiro     |
| 6  | Manuel Alejandro Salasaca | 1083597554           | Ax. Obr       | Manuel     |
| 7  | Karen Giron               | 1087604073           | Residente Sst | Karen      |
| 8  | Isabel Branca Ortiz       | 105279403            | As            | Isabel     |
| 9  |                           |                      |               |            |
| 10 |                           |                      |               |            |
| 11 |                           |                      |               |            |
| 12 |                           |                      |               |            |
| 13 |                           |                      |               |            |
| 14 |                           |                      |               |            |
| 15 |                           |                      |               |            |
| 16 |                           |                      |               |            |
| 17 |                           |                      |               |            |
| 18 |                           |                      |               |            |
| 19 |                           |                      |               |            |
| 20 |                           |                      |               |            |
| 21 |                           |                      |               |            |
| 22 |                           |                      |               |            |
| 23 |                           |                      |               |            |
| 24 |                           |                      |               |            |
| 25 |                           |                      |               |            |

Observaciones:

| RESPONSABLE       |             |       |
|-------------------|-------------|-------|
| NOMBRE            | DOCUMENTO   | FIRMA |
| Karen Umanu Giron | 1087604.073 | Karen |



**SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO****FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL**

Elabora: Consultor asst

Aprobó: Representante legal

VERSION: 001

FECHA: 10/7/2025

Página 1 de 1

| Ciudad                           | Frente de Trabajo        | Fecha                 | Hora           |           |
|----------------------------------|--------------------------|-----------------------|----------------|-----------|
| Duitama                          | Sera - Cateogno          | 03-02-2026            | 7:00 am.       |           |
| Actividad Realizada              |                          | Temas Tratados        |                |           |
| Inducción                        |                          | Agotamiento por calor |                |           |
| Reinducción                      |                          |                       |                |           |
| Charla de seguridad              |                          |                       |                |           |
| Pausa activa                     |                          |                       |                |           |
| Reuniones de SST / Operativas    |                          |                       |                |           |
| Seminario / Taller / Curso       |                          |                       |                |           |
| Capacitación específica al cargo |                          |                       |                |           |
| Otra                             |                          |                       |                |           |
| No                               | Nombres y Apellidos      | Cédula de Ciudadanía  | Cargo          | Firma     |
| 1                                |                          |                       |                |           |
| 2                                | Luis Alejandro Vega      | 7439278               | Asst           | Luis Vega |
| 3                                | Ramon Reyes              | 4002461522            | Residente Obre | Ramon     |
| 4                                | Elamiro Avella           | 9530213               | Asst           | Elamiro   |
| 5                                | Karen Viviana Giron      | 1057604023            | Residente Sst  | Karen     |
| 6                                | Jorge Jairo Padilla      | 91396038              | Mcarth         | Jorge     |
| 7                                | Camilo Leon              | 80429426              | Mcarth         | Camilo    |
| 8                                | Manuel Alejandro Salazar | 10359301              | Asst Obre      | Manuel    |
| 9                                | Yuseid Jarama Obre       | 105234408             | Asst           | Yuseid    |
| 10                               |                          |                       |                |           |
| 11                               |                          |                       |                |           |
| 12                               |                          |                       |                |           |
| 13                               |                          |                       |                |           |
| 14                               |                          |                       |                |           |
| 15                               |                          |                       |                |           |
| 16                               |                          |                       |                |           |
| 17                               |                          |                       |                |           |
| 18                               |                          |                       |                |           |
| 19                               |                          |                       |                |           |
| 20                               |                          |                       |                |           |
| 21                               |                          |                       |                |           |
| 22                               |                          |                       |                |           |
| 23                               |                          |                       |                |           |
| 24                               |                          |                       |                |           |
| 25                               |                          |                       |                |           |

Observaciones:

| RESPONSABLE         |            |         |
|---------------------|------------|---------|
| Nombre              | Documento  | Firma   |
| Karen Viviana Giron | 1057604023 | [Firma] |



## SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL

Elaboro: Consultor sat

Aprobó: Representante legal

VERSION:001

FECHA: 1/07/2025

Página 1 de 1

| CIUDAD                           | FRENTE DE TRABAJO        | FECHA                | HORA          |         |
|----------------------------------|--------------------------|----------------------|---------------|---------|
| Dutama                           | Sena                     | 04 Feb 2025          | 7:00 am.      |         |
| ACTIVIDAD REALIZADA              |                          |                      |               |         |
| Inducción                        |                          |                      |               |         |
| Reinducción                      |                          |                      |               |         |
| Charla de seguridad              |                          |                      |               |         |
| Pausa activa                     |                          |                      |               |         |
| Reuniones de SST / Operativas    |                          |                      |               |         |
| Seminario / Taller / Curso       |                          |                      |               |         |
| Capacitación específica al cargo |                          |                      |               |         |
| Otra                             |                          |                      |               |         |
| Primeros auxilios en quemaduras  |                          |                      |               |         |
| No                               | NOMBRES Y APELLIDOS      | CEDULA DE CIUDADANIA | CARGO         | FIRMA   |
| 1                                | Primerio Leon            | 80428482             | Miembro       | [Firma] |
| 2                                | Karen Ewin               | 1057-604-073         | Residente sri | [Firma] |
| 3                                | Daniel Alejandro Salazar | 1.833587584          | PR            | [Firma] |
| 4                                | Durán Reyes              | 1002461522           | Residente Ob  | [Firma] |
| 5                                | Wenny River Bedoya       | 9396.998             | miembro       | [Firma] |
| 6                                | Lidia d. Velazquez Ortiz | 105527908            | PR            | [Firma] |
| 7                                | Luis Vega                | 7439378              | Luis Vega     | [Firma] |
| 8                                | Ramiro Avela             | 9530212              | Asst          | [Firma] |
| 9                                |                          |                      |               |         |
| 10                               |                          |                      |               |         |
| 11                               |                          |                      |               |         |
| 12                               |                          |                      |               |         |
| 13                               |                          |                      |               |         |
| 14                               |                          |                      |               |         |
| 15                               |                          |                      |               |         |
| 16                               |                          |                      |               |         |
| 17                               |                          |                      |               |         |
| 18                               |                          |                      |               |         |
| 19                               |                          |                      |               |         |
| 20                               |                          |                      |               |         |
| 21                               |                          |                      |               |         |
| 22                               |                          |                      |               |         |
| 23                               |                          |                      |               |         |
| 24                               |                          |                      |               |         |
| 25                               |                          |                      |               |         |

Observaciones:

| RESPONSABLE |              |         |
|-------------|--------------|---------|
| NOMBRE      | DOCUMENTO    | FIRMA   |
| Karen Ewin  | 1057-604-073 | [Firma] |

**SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO****FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL**

Elabora: Consultor ast

Aprobó: Representante legal

CODIGO: SST-CAS-FT-53

VERSION:001

FECHA: 1/07/2025

Página 1 de 1

| CIUDAD                           | FRENTE DE TRABAJO        | FECHA                 | HORA          |         |
|----------------------------------|--------------------------|-----------------------|---------------|---------|
| Duitama                          | Sena                     | 05-02-2026            | 7:00 am.      |         |
| ACTIVIDAD REALIZADA              |                          | TEMAS TRATADOS        |               |         |
| Inducción                        |                          | Consciencia ambiental |               |         |
| Reinducción                      |                          |                       |               |         |
| Charla de seguridad              |                          |                       |               |         |
| Pausa activa                     |                          |                       |               |         |
| Reuniones de SST / Operativas    |                          |                       |               |         |
| Seminario / Taller / Curso       |                          |                       |               |         |
| Capacitación específica al cargo |                          |                       |               |         |
| Otra                             |                          |                       |               |         |
| No                               | NOMBRES Y APELLIDOS      | CEDULA DE CIUDADANIA  | CARGO         | FIRMA   |
| 1                                | Ramiro Avella            | 9530213               | AVI           | [Firma] |
| 2                                | Duvan Reyes              | 1002461922            | Residente Ob  | [Firma] |
| 3                                | Ramon Gomez Pedraza      | 9396.928              | Mechero       | [Firma] |
| 4                                | Roberto Nolasco Ortiz    | 1055274108            | no            | [Firma] |
| 5                                | Alfonso Leon             | 804732402             | Mechero       | [Firma] |
| 6                                | Manuel Alejandro Salazar | 1053583554            | AVI           | [Firma] |
| 7                                | Luis Alejandro Vega      | 7439278               | Rm            | [Firma] |
| 8                                | Karen Giron              | 1059604023            | Residente SST | [Firma] |
| 9                                |                          |                       |               |         |
| 10                               |                          |                       |               |         |
| 11                               |                          |                       |               |         |
| 12                               |                          |                       |               |         |
| 13                               |                          |                       |               |         |
| 14                               |                          |                       |               |         |
| 15                               |                          |                       |               |         |
| 16                               |                          |                       |               |         |
| 17                               |                          |                       |               |         |
| 18                               |                          |                       |               |         |
| 19                               |                          |                       |               |         |
| 20                               |                          |                       |               |         |
| 21                               |                          |                       |               |         |
| 22                               |                          |                       |               |         |
| 23                               |                          |                       |               |         |
| 24                               |                          |                       |               |         |
| 25                               |                          |                       |               |         |

Observaciones:

| RESPONSABLE |               |         |
|-------------|---------------|---------|
| NOMBRE      | DOCUMENTO     | FIRMA   |
| Karen Giron | 1.059.604.023 | [Firma] |





# SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL

Elabora: Consultor SST

Aprobó: Representante legal

CODIGO: SST-CAS-FT-53

VERSION:001

FECHA: 1/07/2025

Página 1 de 1

CIUDAD: Ortuno - Bay FRETE DE TRABAJO: Sena FECHA: 06-Febrero-2025 HORA: 7:00 am.

### ACTIVIDAD REALIZADA

Inducción  
Reinducción  
Charla de seguridad ☒  
Pausa activa  
Reuniones de SST / Operativas  
Seminario / Taller / Curso  
Capacitación específica al cargo  
Otro

Seguridad en las temblores de tierra

| No | NOMBRES Y APELLIDOS        | CEDULA DE CIUDADANIA | CARGO          | FIRMA     |
|----|----------------------------|----------------------|----------------|-----------|
| 1  | Luis Alejandro Vega        | 7439278              | Aux            | Luis Vega |
| 2  | Durán Rojas                | 1002461522           | Residente Obro | Durán     |
| 3  | Hernán Pérez               |                      |                |           |
| 4  | Karen Giron                | 1059604023           | Residente SST  | Karen     |
| 5  | Manuel Alejandro Salamanca | 10388384             | Aux            | Manuel    |
| 6  | Isabel Sotomayor Ortiz     | 1052294905           | Aux            | Isabel    |
| 7  | Marlene Benen              | 80428492             | Monitoreo      | Marlene   |
| 8  | Isauro Ave/11              | 9530213              | Aux            | Isauro    |
| 9  |                            |                      |                |           |
| 10 |                            |                      |                |           |
| 11 |                            |                      |                |           |
| 12 |                            |                      |                |           |
| 13 |                            |                      |                |           |
| 14 |                            |                      |                |           |
| 15 |                            |                      |                |           |
| 16 |                            |                      |                |           |
| 17 |                            |                      |                |           |
| 18 |                            |                      |                |           |
| 19 |                            |                      |                |           |
| 20 |                            |                      |                |           |
| 21 |                            |                      |                |           |
| 22 |                            |                      |                |           |
| 23 |                            |                      |                |           |
| 24 |                            |                      |                |           |
| 25 |                            |                      |                |           |

Observaciones:

| RESPONSABLE |               |       |
|-------------|---------------|-------|
| NOMBRE      | DOCUMENTO     | FIRMA |
| Karen Giron | 1.059 604.023 | Karen |



# SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CODIGO: SST-CAS-FT-53

VERSION:001

FECHA: 1/07/2025

Página 1 de 1

## FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL

Elaboró: Consultor sat

Aprobó: Representante legal

Ciudad: Ouitama Frente de Trabajo: Sero - Cedragro Fecha: 09-02-2026 Hora: 7:30 am

### ACTIVIDAD REALIZADA

Inducción  
Reinducción  
Charla de seguridad  
Pausa activa  
Reuniones de SST / Operativas  
Seminario / Taller / Curso  
Capacitación específica al cargo  
Otra

x

Investigacion de accidentes

| No | NOMBRES Y APELLIDOS        | CEDULA DE CIUDADANIA | CARGO          | FIRMA        |
|----|----------------------------|----------------------|----------------|--------------|
| 1  | Karen Giron                | 1057.601.023         | Residente SST  | WUG          |
| 2  | Dorian Reyes               | 1002461922           | Residente Obco | DR           |
| 3  | Domiano Razon              | 80429492             | Muestro        | Domiano      |
| 4  | Luis Alejandro Vega        | 7439258              | Aux            | Luis Vega    |
| 5  | IZAMIRO AUREA              | 9530213              | Aux            | IZAMIRO      |
| 6  | Hernan Perez Pedraza       | 9396.973             | Muestro        | Hernan Perez |
| 7  | Manuel Alejandro Salamanca | 1053583554           | Aux            | Manuel       |
| 8  |                            |                      |                |              |
| 9  |                            |                      |                |              |
| 10 |                            |                      |                |              |
| 11 |                            |                      |                |              |
| 12 |                            |                      |                |              |
| 13 |                            |                      |                |              |
| 14 |                            |                      |                |              |
| 15 |                            |                      |                |              |
| 16 |                            |                      |                |              |
| 17 |                            |                      |                |              |
| 18 |                            |                      |                |              |
| 19 |                            |                      |                |              |
| 20 |                            |                      |                |              |
| 21 |                            |                      |                |              |
| 22 |                            |                      |                |              |
| 23 |                            |                      |                |              |
| 24 |                            |                      |                |              |
| 25 |                            |                      |                |              |

Observaciones:

| NOMBRE      | DOCUMENTO     | RESPONSABLE | FIRMA |
|-------------|---------------|-------------|-------|
| Karen Giron | 1.057.601.023 |             | WUG   |

|                                                                                   |                                                    |                  |                             |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------|-----------------------------|---------------|
|  | SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO |                  | CODIGO: SST-CAS-FT-53       |               |
|                                                                                   | FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL                       |                  | VERSION: 001                |               |
|                                                                                   | Elabora: Consultor SST                             |                  | Aprobó: Representante legal |               |
|                                                                                   |                                                    | FECHA: 1/07/2025 |                             | Página 1 de 1 |

|        |                   |                 |          |
|--------|-------------------|-----------------|----------|
| Ciudad | Frente de Trabajo | Fecha           | Hora     |
| Dafuna | Sera - Odeagiro   | 09-Febrero-2025 | 7:00 am. |

|                                                                                                                                                                            |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| ACTIVIDAD REALIZADA                                                                                                                                                        | TEMAS TRATADOS            |
| Inducción<br>Reinducción<br>Charla de seguridad<br>Pausa activa<br>Reuniones de SST / Operativas<br>Seminario / Taller / Curso<br>Capacitación específica al cargo<br>Otra | Inhalación pasiva de humo |

| No | NOMBRES Y APELLIDOS        | CEDULA DE CIUDADANIA | CARGO          | FIRMA   |
|----|----------------------------|----------------------|----------------|---------|
| 1  | Manuel Alejandro Salamanca | 103537554            | ALX            | [Firma] |
| 2  | Duvan Reyes                | 1002461522           | Resistente Obv | [Firma] |
| 3  | Karen Giron                | 1057601023           | Resistente SST | [Firma] |
| 4  | Javier Padron              | 9396998              | Masaj          | [Firma] |
| 5  | Johanan Ortiz              | 105774708            | ALX            | [Firma] |
| 6  | Luis Vega                  | 7499278              | ALX            | [Firma] |
| 7  | Domino Alipin              | 9530213              | Aux            | [Firma] |
| 8  | Guillermo Leon             | 80428482             | Masaj          | [Firma] |
| 9  |                            |                      |                |         |
| 10 |                            |                      |                |         |
| 11 |                            |                      |                |         |
| 12 |                            |                      |                |         |
| 13 |                            |                      |                |         |
| 14 |                            |                      |                |         |
| 15 |                            |                      |                |         |
| 16 |                            |                      |                |         |
| 17 |                            |                      |                |         |
| 18 |                            |                      |                |         |
| 19 |                            |                      |                |         |
| 20 |                            |                      |                |         |
| 21 |                            |                      |                |         |
| 22 |                            |                      |                |         |
| 23 |                            |                      |                |         |
| 24 |                            |                      |                |         |
| 25 |                            |                      |                |         |

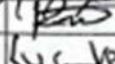
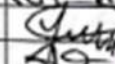
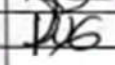
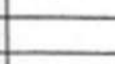
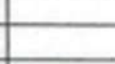
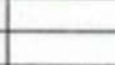
  

Observaciones:

| RESPONSABLE |              |         |  |
|-------------|--------------|---------|--|
| NOMBRE      | DOCUMENTO    | FIRMA   |  |
| Karen Giron | 1057-601-023 | [Firma] |  |



|                                                                                                                                                                                                                |                                                    |                                                                                       |                       |                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                               | SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO |                                                                                       | CODIGO: SST-CAS-FT-53 |                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                | FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL                       |                                                                                       | VERSION: 001          |                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                | Elaboró: Consultor ast                             | Aprobó: Representante legal                                                           | FECHA: 1/07/2025      |                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                |                                                    |                                                                                       |                       | Página 1 de 1                                                                         |
| Ciudad                                                                                                                                                                                                         | Frente de Trabajo                                  | Fecha                                                                                 | Hora                  |                                                                                       |
| Durán                                                                                                                                                                                                          | Cedragro                                           | 10-02-2026                                                                            | 7:00 am.              |                                                                                       |
| ACTIVIDAD REALIZADA                                                                                                                                                                                            |                                                    | TEMAS TRATADOS                                                                        |                       |                                                                                       |
| Inducción<br>Reinducción<br>Charla de seguridad <input checked="" type="checkbox"/><br>Pausa activa<br>Reuniones de SST / Operativas<br>Seminario / Taller / Curso<br>Capacitación específica al cargo<br>Otro |                                                    | Herramientas Eléctricas y pequeños implementos                                        |                       |                                                                                       |
| No.                                                                                                                                                                                                            | NOMBRES Y APELLIDOS                                | CEDULA DE CIUDADANIA                                                                  | CARGO                 | FIRMA                                                                                 |
| 1                                                                                                                                                                                                              | Pamelo Leon                                        | 80478482                                                                              | Manten                |    |
| 2                                                                                                                                                                                                              | Duran Raul                                         | 1002461522                                                                            | Residente Obs         |    |
| 3                                                                                                                                                                                                              | Javier Pedraza                                     | 91396978                                                                              | Manten                |    |
| 4                                                                                                                                                                                                              | La Miro Ajella                                     | 9530213                                                                               | IXIX                  |    |
| 5                                                                                                                                                                                                              | Luis Alejandro Vega                                | 7439778                                                                               | Aux                   |    |
| 6                                                                                                                                                                                                              | Johana Ortiz                                       | 1057234708                                                                            | Aux                   |    |
| 7                                                                                                                                                                                                              | Raúl Alejandro Silmarica                           | 105358900                                                                             | Aux                   |   |
| 8                                                                                                                                                                                                              | Karen Giron                                        | 1057604023                                                                            | Residente SST         |  |
| 9                                                                                                                                                                                                              |                                                    |                                                                                       |                       |                                                                                       |
| 10                                                                                                                                                                                                             |                                                    |                                                                                       |                       |                                                                                       |
| 11                                                                                                                                                                                                             |                                                    |                                                                                       |                       |                                                                                       |
| 12                                                                                                                                                                                                             |                                                    |                                                                                       |                       |                                                                                       |
| 13                                                                                                                                                                                                             |                                                    |                                                                                       |                       |                                                                                       |
| 14                                                                                                                                                                                                             |                                                    |                                                                                       |                       |                                                                                       |
| 15                                                                                                                                                                                                             |                                                    |                                                                                       |                       |                                                                                       |
| 16                                                                                                                                                                                                             |                                                    |                                                                                       |                       |                                                                                       |
| 17                                                                                                                                                                                                             |                                                    |                                                                                       |                       |                                                                                       |
| 18                                                                                                                                                                                                             |                                                    |                                                                                       |                       |                                                                                       |
| 19                                                                                                                                                                                                             |                                                    |                                                                                       |                       |                                                                                       |
| 20                                                                                                                                                                                                             |                                                    |                                                                                       |                       |                                                                                       |
| 21                                                                                                                                                                                                             |                                                    |                                                                                       |                       |                                                                                       |
| 22                                                                                                                                                                                                             |                                                    |                                                                                       |                       |                                                                                       |
| 23                                                                                                                                                                                                             |                                                    |                                                                                       |                       |                                                                                       |
| 24                                                                                                                                                                                                             |                                                    |                                                                                       |                       |                                                                                       |
| 25                                                                                                                                                                                                             |                                                    |                                                                                       |                       |                                                                                       |
| Observaciones:                                                                                                                                                                                                 |                                                    |                                                                                       |                       |                                                                                       |
| RESPONSABLE                                                                                                                                                                                                    |                                                    |                                                                                       |                       |                                                                                       |
| NOMBRE                                                                                                                                                                                                         | DOCUMENTO                                          | FIRMA                                                                                 |                       |                                                                                       |
| Karen Giron                                                                                                                                                                                                    | 1057604023                                         |  |                       |                                                                                       |

|                                                                                   |                                                    |                             |                             |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------|
|  | SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO |                             | CODIGO: SST-CAS-FT-53       |                  |
|                                                                                   | FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL                       |                             | VERSION: 001                |                  |
|                                                                                   | Elabora: Consultor est                             |                             | Aprobó: Representante legal |                  |
|                                                                                   |                                                    |                             |                             | FECHA: 1/07/2025 |
| Página 1 de 1                                                                     |                                                    |                             |                             |                  |
| CIUDAD                                                                            | FRENTE DE TRABAJO                                  | FECHA                       | HORA                        |                  |
| Durama                                                                            | Sera Cedregro                                      | 11.02.2026                  | 7:00 am.                    |                  |
| ACTIVIDAD REALIZADA                                                               |                                                    | TEMAS TRATADOS              |                             |                  |
| Inducción                                                                         |                                                    | Redoños, tropiezos y caídas |                             |                  |
| Reinducción                                                                       |                                                    |                             |                             |                  |
| Charla de seguridad                                                               |                                                    |                             |                             |                  |
| Pausa activa                                                                      |                                                    |                             |                             |                  |
| Reuniones de SST / Operativas                                                     |                                                    |                             |                             |                  |
| Seminario / Taller / Curso                                                        |                                                    |                             |                             |                  |
| Capacitación específica al cargo                                                  |                                                    |                             |                             |                  |
| Otra                                                                              |                                                    |                             |                             |                  |
| Nº                                                                                | NOMBRES Y APELLIDOS                                | CEDULA DE CIUDADANIA        | CARGO                       | FIRMA            |
| 1                                                                                 | Luis Vega                                          | 7479278                     | Aux                         | Luis Vega        |
| 2                                                                                 | Duran Danilo Reyes E.                              | 1002 461522                 | Residente Obra              |                  |
| 3                                                                                 | Juan Pelaez                                        | 9'396.9x6                   | maestro                     |                  |
| 4                                                                                 | Yonel Algodan Salamanca                            | 105359354                   | Aux                         |                  |
| 5                                                                                 | Camilo Avellan                                     | 9530213                     | Aux                         |                  |
| 6                                                                                 | Karen Guan                                         | 105604023                   | Pendante SSI                |                  |
| 7                                                                                 | Jesús Johana Ortiz                                 | 1055274708                  | Aux                         |                  |
| 8                                                                                 | Armenio Ezen                                       | 80478482                    | Maestro                     |                  |
| 9                                                                                 |                                                    |                             |                             |                  |
| 10                                                                                |                                                    |                             |                             |                  |
| 11                                                                                |                                                    |                             |                             |                  |
| 12                                                                                |                                                    |                             |                             |                  |
| 13                                                                                |                                                    |                             |                             |                  |
| 14                                                                                |                                                    |                             |                             |                  |
| 15                                                                                |                                                    |                             |                             |                  |
| 16                                                                                |                                                    |                             |                             |                  |
| 17                                                                                |                                                    |                             |                             |                  |
| 18                                                                                |                                                    |                             |                             |                  |
| 19                                                                                |                                                    |                             |                             |                  |
| 20                                                                                |                                                    |                             |                             |                  |
| 21                                                                                |                                                    |                             |                             |                  |
| 22                                                                                |                                                    |                             |                             |                  |
| 23                                                                                |                                                    |                             |                             |                  |
| 24                                                                                |                                                    |                             |                             |                  |
| 25                                                                                |                                                    |                             |                             |                  |
| Observaciones:                                                                    |                                                    |                             |                             |                  |
| RESPONSABLE                                                                       |                                                    |                             |                             |                  |
| NOMBRE                                                                            | DOCUMENTO                                          | FIRMA                       |                             |                  |
| Karen Guan                                                                        | 105604023                                          |                             | K/G                         |                  |

|  |                          | FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL                             |                | VERSION: 001       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------|----------------|--------------------|
| Elabora: Consultor sat                                                            |                          | Aprobó: Representante legal                              |                | FECHA: 1/07/2025   |
|                                                                                   |                          |                                                          |                | Página 1 de 1      |
| Ciudad                                                                            | Fronte de Trabajo        | Fecha                                                    | Hora           |                    |
| Duitama                                                                           | Cedragio                 | 12/02/2026                                               | 7:00 am.       |                    |
| ACTIVIDAD REALIZADA                                                               |                          | TEMAS TRATADOS                                           |                |                    |
| Inducción                                                                         |                          | <p>Datos sobre el cigarrillo y consejos para dejarlo</p> |                |                    |
| Reinducción                                                                       |                          |                                                          |                |                    |
| Charla de seguridad                                                               |                          |                                                          |                |                    |
| Pausa activa                                                                      |                          |                                                          |                |                    |
| Reuniones de SST / Operativas                                                     |                          |                                                          |                |                    |
| Seminario / Taller / Curso                                                        |                          |                                                          |                |                    |
| Capacitación específica al cargo                                                  |                          |                                                          |                |                    |
| Otra                                                                              |                          |                                                          |                |                    |
| No                                                                                | NOMBRES Y APELLIDOS      | CEDULA DE CIUDADANIA                                     | CARGO          | FIRMA              |
| 1                                                                                 | Duvan Rojas              | 1002461222                                               | Residente Obro | <i>[Signature]</i> |
| 2                                                                                 | Karen Viviana Giron      | 1057604023                                               | Residente SST  | <i>[Signature]</i> |
| 3                                                                                 | Juan Carlos Rivas        | 80478542                                                 | Manten         | <i>[Signature]</i> |
| 4                                                                                 | Juan Carlos Rivas        | 91396.928                                                | Manten         | <i>[Signature]</i> |
| 5                                                                                 | Johann Oca               | 100574703                                                |                | <i>[Signature]</i> |
| 6                                                                                 | Manuel Alejandro Salazar | 1053587554                                               | As. doc        | <i>[Signature]</i> |
| 7                                                                                 | Luis Alejandro Vega      | 741391270                                                | Aux            | <i>[Signature]</i> |
| 8                                                                                 | Diego Amiro Ariza        | 9530113                                                  | Aux            | <i>[Signature]</i> |
| 9                                                                                 |                          |                                                          |                |                    |
| 10                                                                                |                          |                                                          |                |                    |
| 11                                                                                |                          |                                                          |                |                    |
| 12                                                                                |                          |                                                          |                |                    |
| 13                                                                                |                          |                                                          |                |                    |
| 14                                                                                |                          |                                                          |                |                    |
| 15                                                                                |                          |                                                          |                |                    |
| 16                                                                                |                          |                                                          |                |                    |
| 17                                                                                |                          |                                                          |                |                    |
| 18                                                                                |                          |                                                          |                |                    |
| 19                                                                                |                          |                                                          |                |                    |
| 20                                                                                |                          |                                                          |                |                    |
| 21                                                                                |                          |                                                          |                |                    |
| 22                                                                                |                          |                                                          |                |                    |
| 23                                                                                |                          |                                                          |                |                    |
| 24                                                                                |                          |                                                          |                |                    |
| 25                                                                                |                          |                                                          |                |                    |
| Observaciones:                                                                    |                          |                                                          |                |                    |
| RESPONSABLE                                                                       |                          |                                                          |                |                    |
| NOMBRE                                                                            | DOCUMENTO                | FIRMA                                                    |                |                    |
| Karen Viviana Giron                                                               | 1057604023               | <i>[Signature]</i>                                       |                |                    |



|                                                                                                                                                                            |                                                    |                                         |                             |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------|------------------|
|                                                                                           | SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO |                                         | CODIGO: SST-CAS-FT-53       |                  |
|                                                                                                                                                                            | FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL                       |                                         | VERSION: 001                |                  |
|                                                                                                                                                                            | Elabora: Consultor ast                             |                                         | Aprobó: Representante legal |                  |
|                                                                                                                                                                            |                                                    |                                         |                             | FECHA: 10/7/2025 |
| Página 1 de 1                                                                                                                                                              |                                                    |                                         |                             |                  |
| CIUDAD                                                                                                                                                                     | FRENTE DE TRABAJO                                  | FECHA                                   | HORA                        |                  |
| Quetzaltenango                                                                                                                                                             | Sena                                               | 13-02-2026                              | 2:00 am.                    |                  |
| ACTIVIDAD REALIZADA                                                                                                                                                        |                                                    | TEMAS TRATADOS                          |                             |                  |
| Inducción<br>Reinserción<br>Charla de seguridad<br>Pausa activa<br>Reuniones de SST / Operativas<br>Seminario / Taller / Curso<br>Capacitación específica al cargo<br>Otra |                                                    | Seguridad con los juguetes de los niños |                             |                  |
| No.                                                                                                                                                                        | NOMBRES Y APELLIDOS                                | CEDULA DE CIUDADANIA                    | CARGO                       | FIRMA            |
| 1                                                                                                                                                                          | Ruan Dorilo Reyes I                                | 1002461322                              | Residente Ob.               | [Firma]          |
| 2                                                                                                                                                                          | Luis Alejandro Vega                                | 7439278                                 | Asn                         | [Firma]          |
| 3                                                                                                                                                                          | Javier Pedraza                                     | 91396.978                               | Maestro                     | [Firma]          |
| 4                                                                                                                                                                          | Zorimo Avella                                      | 9530213                                 | Asn                         | [Firma]          |
| 5                                                                                                                                                                          | Karen Guan                                         | 1057604023                              | Residente srt               | [Firma]          |
| 6                                                                                                                                                                          | Juanito Leon                                       | 80478482                                | Maestro                     | [Firma]          |
| 7                                                                                                                                                                          | Manuel Alvarado Salazar                            | 1083533554                              | Asn                         | [Firma]          |
| 8                                                                                                                                                                          |                                                    |                                         |                             |                  |
| 9                                                                                                                                                                          |                                                    |                                         |                             |                  |
| 10                                                                                                                                                                         |                                                    |                                         |                             |                  |
| 11                                                                                                                                                                         |                                                    |                                         |                             |                  |
| 12                                                                                                                                                                         |                                                    |                                         |                             |                  |
| 13                                                                                                                                                                         |                                                    |                                         |                             |                  |
| 14                                                                                                                                                                         |                                                    |                                         |                             |                  |
| 15                                                                                                                                                                         |                                                    |                                         |                             |                  |
| 16                                                                                                                                                                         |                                                    |                                         |                             |                  |
| 17                                                                                                                                                                         |                                                    |                                         |                             |                  |
| 18                                                                                                                                                                         |                                                    |                                         |                             |                  |
| 19                                                                                                                                                                         |                                                    |                                         |                             |                  |
| 20                                                                                                                                                                         |                                                    |                                         |                             |                  |
| 21                                                                                                                                                                         |                                                    |                                         |                             |                  |
| 22                                                                                                                                                                         |                                                    |                                         |                             |                  |
| 23                                                                                                                                                                         |                                                    |                                         |                             |                  |
| 24                                                                                                                                                                         |                                                    |                                         |                             |                  |
| 25                                                                                                                                                                         |                                                    |                                         |                             |                  |
| Observaciones:                                                                                                                                                             |                                                    |                                         |                             |                  |
| RESPONSABLE                                                                                                                                                                |                                                    |                                         |                             |                  |
| NOMBRE                                                                                                                                                                     | DOCUMENTO                                          | FIRMA                                   |                             |                  |
| Karen Guan                                                                                                                                                                 | 1057604023                                         | [Firma]                                 |                             |                  |

|                                                                                           |                         | SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO |                             | VERSION: 001     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------|------------------|
|                                                                                                                                                                            |                         | FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL                       |                             | FECHA: 1/07/2025 |
|                                                                                                                                                                            |                         | Elaboro: Consultor SST                             | Aprobó: Representante legal | Página 1 de 1    |
| CIUDAD                                                                                                                                                                     | FRENTE DE TRABAJO       | FECHA                                              | HORA                        |                  |
| Antama                                                                                                                                                                     | Jena                    | 14-02-2026                                         | 7:00 am                     |                  |
| ACTIVIDAD REALIZADA                                                                                                                                                        |                         | TEMAS TRATADOS                                     |                             |                  |
| Inducción<br>Reinducción<br>Charla de seguridad<br>Pausa activa<br>Reuniones de SST / Operativas<br>Seminario / Taller / Curso<br>Capacitación específica al cargo<br>Otra |                         | Protección de los pulmones                         |                             |                  |
| No                                                                                                                                                                         | NOMBRES Y APELLIDOS     | CEDULA DE CIUDADANIA                               | CARGO                       | FIRMA            |
| 1                                                                                                                                                                          | Primario Leon           | 80423422                                           | Miembro                     | [Firma]          |
| 2                                                                                                                                                                          | Lauel Alejandro Salazar | 1053593554                                         | Residente obra              | [Firma]          |
| 3                                                                                                                                                                          | Duran Reyes             | 1002461522                                         | Residente obra              | [Firma]          |
| 4                                                                                                                                                                          | Karen Viviana Giron     | 1057604023                                         | Residente SST               | [Firma]          |
| 5                                                                                                                                                                          | Armas Jara Pedroza      | 91326970                                           | Residente                   | [Firma]          |
| 6                                                                                                                                                                          | R. Amiro Ayila          | 9530213                                            | Asistente                   | [Firma]          |
| 7                                                                                                                                                                          | Luis Alejandro Vega     | 7439578                                            | Asistente                   | [Firma]          |
| 8                                                                                                                                                                          |                         |                                                    |                             |                  |
| 9                                                                                                                                                                          |                         |                                                    |                             |                  |
| 10                                                                                                                                                                         |                         |                                                    |                             |                  |
| 11                                                                                                                                                                         |                         |                                                    |                             |                  |
| 12                                                                                                                                                                         |                         |                                                    |                             |                  |
| 13                                                                                                                                                                         |                         |                                                    |                             |                  |
| 14                                                                                                                                                                         |                         |                                                    |                             |                  |
| 15                                                                                                                                                                         |                         |                                                    |                             |                  |
| 16                                                                                                                                                                         |                         |                                                    |                             |                  |
| 17                                                                                                                                                                         |                         |                                                    |                             |                  |
| 18                                                                                                                                                                         |                         |                                                    |                             |                  |
| 19                                                                                                                                                                         |                         |                                                    |                             |                  |
| 20                                                                                                                                                                         |                         |                                                    |                             |                  |
| 21                                                                                                                                                                         |                         |                                                    |                             |                  |
| 22                                                                                                                                                                         |                         |                                                    |                             |                  |
| 23                                                                                                                                                                         |                         |                                                    |                             |                  |
| 24                                                                                                                                                                         |                         |                                                    |                             |                  |
| 25                                                                                                                                                                         |                         |                                                    |                             |                  |
| Observaciones:                                                                                                                                                             |                         |                                                    |                             |                  |
| RESPONSABLE                                                                                                                                                                |                         |                                                    |                             |                  |
| NOMBRE                                                                                                                                                                     | DOCUMENTO               | FIRMA                                              |                             |                  |
| Karen Giron                                                                                                                                                                | 1057604023              | [Firma]                                            |                             |                  |



|                                                                                   |                                                    |  |                             |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--|-----------------------------|------------------|
|  | SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO |  | CODIGO: SST-CAS-FT-53       |                  |
|                                                                                   | FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL                       |  | VERSION: 001                |                  |
|                                                                                   | Elabora: Consultor sat                             |  | Aprobó: Representante legal |                  |
|                                                                                   |                                                    |  |                             | FECHA: 1/07/2025 |
|                                                                                   |                                                    |  |                             | Página 1 de 1    |

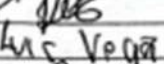
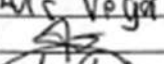
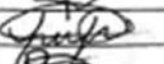
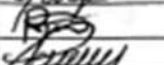
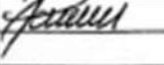
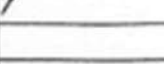
  

|         |                   |            |          |
|---------|-------------------|------------|----------|
| CIUDAD  | FRENTE DE TRABAJO | FECHA      | HORA     |
| Duitama | Sero - Callejón   | 16-02-2025 | 7:00 am. |

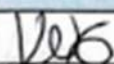
|                                  |                               |
|----------------------------------|-------------------------------|
| ACTIVIDAD REALIZADA              | TEMAS TRATADOS                |
| Inducción                        | <p>Mangos de herramientas</p> |
| Reinducción                      |                               |
| Charla de seguridad              |                               |
| Pausa activa                     |                               |
| Reuniones de SST / Operativas    |                               |
| Seminario / Taller / Curso       |                               |
| Capacitación específica al cargo |                               |
| Otra                             |                               |

| No | NOMBRES Y APELLIDOS      | CEDULA DE CIUDADANIA | CARGO          | FIRMA                                                                               |
|----|--------------------------|----------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Duvan Reyes              | 1002461522           | Residente Obra |  |
| 2  | Manuel Jairo Pedraza     | 91396978             | Manten         |  |
| 3  | Karen Mariana Giron      | 1059604023           | Residente SST  |  |
| 4  | Luis Alejandra Vega      | 7439278              | Aux            |  |
| 5  | Manuel Alejandro Salazar | 105333354            | Aux            |  |
| 6  | Jesús Johana Ortiz       | 105794423            | Aux            |  |
| 7  | Ramiro Avela             | 9530213              | Aux            |  |
| 8  | Edmundo Renteria         | 80423482             | Manten         |  |
| 9  |                          |                      |                |                                                                                     |
| 10 |                          |                      |                |                                                                                     |
| 11 |                          |                      |                |                                                                                     |
| 12 |                          |                      |                |                                                                                     |
| 13 |                          |                      |                |                                                                                     |
| 14 |                          |                      |                |                                                                                     |
| 15 |                          |                      |                |                                                                                     |
| 16 |                          |                      |                |                                                                                     |
| 17 |                          |                      |                |                                                                                     |
| 18 |                          |                      |                |                                                                                     |
| 19 |                          |                      |                |                                                                                     |
| 20 |                          |                      |                |                                                                                     |
| 21 |                          |                      |                |                                                                                     |
| 22 |                          |                      |                |                                                                                     |
| 23 |                          |                      |                |                                                                                     |
| 24 |                          |                      |                |                                                                                     |
| 25 |                          |                      |                |                                                                                     |

Observaciones:

| RESPONSABLE |            |                                                                                       |  |
|-------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--|
| NOMBRE      | DOCUMENTO  | FIRMA                                                                                 |  |
| Karen Giron | 1059604023 |  |  |

|                                                                                   |                                                    |                  |                             |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------|-----------------------------|---------------|
|  | SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO |                  | CODIGO: SST-CAS-FT-53       |               |
|                                                                                   | FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL                       |                  | VERSION: 001                |               |
|                                                                                   | Elaboró: Consultor SST                             |                  | Aprobó: Representante legal |               |
|                                                                                   |                                                    | FECHA: 1/07/2025 |                             | Página 1 de 1 |

|         |                   |                   |          |
|---------|-------------------|-------------------|----------|
| Ciudad  | Frente de Trabajo | Fecha             | Hora     |
| Duitama | Sena              | 17 - Febrero 2025 | 7:00 am. |

|                                                                                                                                                                            |                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| ACTIVIDAD REALIZADA                                                                                                                                                        | TEMAS TRATADOS                |
| Inducción<br>Reinducción<br>Charla de seguridad<br>Pausa activa<br>Reuniones de SST / Operativas<br>Seminario / Taller / Curso<br>Capacitación específica al cargo<br>Otro | Destornilladores: Uso y abuso |

| No | NOMBRES Y APELLIDOS     | CEDULA DE CIUDADANIA | CARGO          | FIRMA   |
|----|-------------------------|----------------------|----------------|---------|
| 1  | Luis Alejandro Salazar  | 1003583584           | As             | [Firma] |
| 2  | Daniela Danilo Reyes F. | 1002461522           | Residente Obra | [Firma] |
| 3  | [Firma]                 | 91396.918            | Muestr         | [Firma] |
| 4  | [Firma]                 | 80478482             | Muestr         | [Firma] |
| 5  | KAREN WILIANA GIRON     | 1059604023           | Residente SST  | [Firma] |
| 6  | Luis Alejandro Vega     | 7439278              | As             | [Firma] |
| 7  | Zamora Aupila           | 9530213              | As             | [Firma] |
| 8  |                         |                      |                |         |
| 9  |                         |                      |                |         |
| 10 |                         |                      |                |         |
| 11 |                         |                      |                |         |
| 12 |                         |                      |                |         |
| 13 |                         |                      |                |         |
| 14 |                         |                      |                |         |
| 15 |                         |                      |                |         |
| 16 |                         |                      |                |         |
| 17 |                         |                      |                |         |
| 18 |                         |                      |                |         |
| 19 |                         |                      |                |         |
| 20 |                         |                      |                |         |
| 21 |                         |                      |                |         |
| 22 |                         |                      |                |         |
| 23 |                         |                      |                |         |
| 24 |                         |                      |                |         |
| 25 |                         |                      |                |         |

Observaciones:

| RESPONSABLE |            |         |  |
|-------------|------------|---------|--|
| NOMBRE      | DOCUMENTO  | FIRMA   |  |
| Karen Giron | 1059604023 | [Firma] |  |

|                                                                                                                                                                            |                                                    |                                                              |                             |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------|
|                                                                                           | SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO |                                                              | CODIGO: SST-CAS-FT-53       |                  |
|                                                                                                                                                                            | FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL                       |                                                              | VERSION: 001                |                  |
|                                                                                                                                                                            | Elaboró: Consultor SST                             |                                                              | Aprobó: Representante legal |                  |
|                                                                                                                                                                            |                                                    |                                                              |                             | FECHA: 1/07/2025 |
| Página 1 de 1                                                                                                                                                              |                                                    |                                                              |                             |                  |
| Ciudad                                                                                                                                                                     | Frente de Trabajo                                  | Fecha                                                        | Hora                        |                  |
| Duitama                                                                                                                                                                    | Senca                                              | 18-02-2026                                                   | 7:00 am                     |                  |
| ACTIVIDAD REALIZADA                                                                                                                                                        |                                                    | TEMAS TRATADOS                                               |                             |                  |
| Inducción<br>Reinducción<br>Charla de seguridad<br>Pausa activa<br>Reuniones de SST / Operativas<br>Seminario / Taller / Curso<br>Capacitación específica al cargo<br>Otra |                                                    | x Todos debemos preocuparnos por la prevención de accidentes |                             |                  |
| No                                                                                                                                                                         | NOMBRES Y APELLIDOS                                | CEDULA DE CIUDADANIA                                         | CARGO                       | FIRMA            |
| 1                                                                                                                                                                          | Luis Alejandro Vega                                | 7439278                                                      | AVT                         | Luis Vega        |
| 2                                                                                                                                                                          | Javier Robaza                                      | 4'396.978                                                    | Maestro                     | Javier Robaza    |
| 3                                                                                                                                                                          | Duvan Reyes                                        | 1002461522                                                   | Residente Ob                | Duvan Reyes      |
| 4                                                                                                                                                                          | Karen Viviana Giron                                | 1057604023                                                   | Residente sr                | Karen Giron      |
| 5                                                                                                                                                                          | Johanna Ortiz                                      | 1055734103                                                   | Residente                   | Johanna Ortiz    |
| 6                                                                                                                                                                          | Karen Viviana Giron                                | 80420402                                                     | Residente                   | Karen Giron      |
| 7                                                                                                                                                                          | Manuel Alejandro Salamanca                         | 10583054                                                     | As                          | Manuel Salamanca |
| 8                                                                                                                                                                          | IZAMIRO APELLA                                     | 953022                                                       | AVT                         | IZAMIRO APELLA   |
| 9                                                                                                                                                                          |                                                    |                                                              |                             |                  |
| 10                                                                                                                                                                         |                                                    |                                                              |                             |                  |
| 11                                                                                                                                                                         |                                                    |                                                              |                             |                  |
| 12                                                                                                                                                                         |                                                    |                                                              |                             |                  |
| 13                                                                                                                                                                         |                                                    |                                                              |                             |                  |
| 14                                                                                                                                                                         |                                                    |                                                              |                             |                  |
| 15                                                                                                                                                                         |                                                    |                                                              |                             |                  |
| 16                                                                                                                                                                         |                                                    |                                                              |                             |                  |
| 17                                                                                                                                                                         |                                                    |                                                              |                             |                  |
| 18                                                                                                                                                                         |                                                    |                                                              |                             |                  |
| 19                                                                                                                                                                         |                                                    |                                                              |                             |                  |
| 20                                                                                                                                                                         |                                                    |                                                              |                             |                  |
| 21                                                                                                                                                                         |                                                    |                                                              |                             |                  |
| 22                                                                                                                                                                         |                                                    |                                                              |                             |                  |
| 23                                                                                                                                                                         |                                                    |                                                              |                             |                  |
| 24                                                                                                                                                                         |                                                    |                                                              |                             |                  |
| 25                                                                                                                                                                         |                                                    |                                                              |                             |                  |
| Observaciones:                                                                                                                                                             |                                                    |                                                              |                             |                  |
| RESPONSABLE                                                                                                                                                                |                                                    |                                                              |                             |                  |
| NOMBRE                                                                                                                                                                     | DOCUMENTO                                          | FIRMA                                                        |                             |                  |
| Karen Giron                                                                                                                                                                | 1057604023                                         | Karen Giron                                                  |                             |                  |



|                                                                                   |                                                    |                  |                             |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------|-----------------------------|---------------|
|  | SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO |                  | CODIGO: SST-CAS-FT-53       |               |
|                                                                                   | FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL                       |                  | VERSION: 001                |               |
|                                                                                   | Elabora: Consultor sat                             |                  | Aprobó: Representante legal |               |
|                                                                                   |                                                    | FECHA: 1/07/2025 |                             | Página 1 de 1 |

|         |                   |            |         |
|---------|-------------------|------------|---------|
| CIUDAD  | FRENTE DE TRABAJO | FECHA      | HORA    |
| Duitama | Sena - Cedeaguo   | 19-02-2026 | 7:00 am |

|                                                                                                                                                                            |                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| ACTIVIDAD REALIZADA                                                                                                                                                        | TEMAS TRATADOS         |
| Inducción<br>Reinducción<br>Charla de seguridad<br>Pausa activa<br>Reuniones de SST / Operativas<br>Seminario / Taller / Curso<br>Capacitación específica al cargo<br>Otra | Herramientas cortantes |

| No | NOMBRES Y APELLIDOS      | CEDULA DE CIUDADANIA | CARGO          | FIRMA          |
|----|--------------------------|----------------------|----------------|----------------|
| 1  | Durán Reyes              | 1002461522           | Residente Obra | <i>[Firma]</i> |
| 2  | Manuel Alejandro Salazar | 10337574             | As             | <i>[Firma]</i> |
| 3  | Luis Alejandro Vega      | 7439238              | Aut            | <i>[Firma]</i> |
| 4  | Yaniel Tany Pedraza      | 91396.978            | M.             | <i>[Firma]</i> |
| 5  | Isabel Johana Ortiz      | 101574423            | As             | <i>[Firma]</i> |
| 6  | Karen Viviana Giron      | 1057604023           | Residente Sr   | <i>[Firma]</i> |
| 7  | Camila Avila             | 9530212              | A/x            | <i>[Firma]</i> |
| 8  | Camilo Ben               | 80423482             | Mocho          | <i>[Firma]</i> |
| 9  |                          |                      |                |                |
| 10 |                          |                      |                |                |
| 11 |                          |                      |                |                |
| 12 |                          |                      |                |                |
| 13 |                          |                      |                |                |
| 14 |                          |                      |                |                |
| 15 |                          |                      |                |                |
| 16 |                          |                      |                |                |
| 17 |                          |                      |                |                |
| 18 |                          |                      |                |                |
| 19 |                          |                      |                |                |
| 20 |                          |                      |                |                |
| 21 |                          |                      |                |                |
| 22 |                          |                      |                |                |
| 23 |                          |                      |                |                |
| 24 |                          |                      |                |                |
| 25 |                          |                      |                |                |

Observaciones:

| RESPONSABLE |            |                |  |
|-------------|------------|----------------|--|
| NOMBRE      | DOCUMENTO  | FIRMA          |  |
| Karen Giron | 1057604023 | <i>[Firma]</i> |  |



| CIUDAD                                                                                                                                                                     |                            | FRENTE DE TRABAJO    |                                                                                                            | FECHA           | HORA     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------|
| Quilama                                                                                                                                                                    |                            | Sena                 |                                                                                                            | 20 febrero 2026 | 7:00 am. |
| ACTIVIDAD REALIZADA                                                                                                                                                        |                            |                      | TEMAS TRATADOS                                                                                             |                 |          |
| Inducción<br>Reinducción<br>Charla de seguridad<br>Paseo activo<br>Reuniones de SST / Operativas<br>Seminario / Taller / Curso<br>Capacitación específica al cargo<br>Otra |                            |                      | <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> las llaves y las lesiones </div> |                 |          |
| No                                                                                                                                                                         | NOMBRES Y APELLIDOS        | CEDULA DE CIUDADANIA | CARGO                                                                                                      | FIRMA           |          |
| 1                                                                                                                                                                          | Fuente Pedraza             | 9'396,938            | no p/n                                                                                                     |                 |          |
| 2                                                                                                                                                                          | Urien Reyes                | 1002461522           | Residente Obra                                                                                             |                 |          |
| 3                                                                                                                                                                          | Luis Alexander VEGA        | 7439578              | AUT                                                                                                        | Luis Vega       |          |
| 4                                                                                                                                                                          | Johana Ortiz               | 105274103            | no                                                                                                         |                 |          |
| 5                                                                                                                                                                          | J. Amico ALIJA             | 9530213              | no                                                                                                         |                 |          |
| 6                                                                                                                                                                          | Armando Peron              | 80478482             | no                                                                                                         |                 |          |
| 7                                                                                                                                                                          | Manuel Alejandro Salamanca | 105337534            | As                                                                                                         |                 |          |
| 8                                                                                                                                                                          | Karen Giron                | 1.057.604.023        | Residente srs                                                                                              | KAG             |          |
| 9                                                                                                                                                                          |                            |                      |                                                                                                            |                 |          |
| 10                                                                                                                                                                         |                            |                      |                                                                                                            |                 |          |
| 11                                                                                                                                                                         |                            |                      |                                                                                                            |                 |          |
| 12                                                                                                                                                                         |                            |                      |                                                                                                            |                 |          |
| 13                                                                                                                                                                         |                            |                      |                                                                                                            |                 |          |
| 14                                                                                                                                                                         |                            |                      |                                                                                                            |                 |          |
| 15                                                                                                                                                                         |                            |                      |                                                                                                            |                 |          |
| 16                                                                                                                                                                         |                            |                      |                                                                                                            |                 |          |
| 17                                                                                                                                                                         |                            |                      |                                                                                                            |                 |          |
| 18                                                                                                                                                                         |                            |                      |                                                                                                            |                 |          |
| 19                                                                                                                                                                         |                            |                      |                                                                                                            |                 |          |
| 20                                                                                                                                                                         |                            |                      |                                                                                                            |                 |          |
| 21                                                                                                                                                                         |                            |                      |                                                                                                            |                 |          |
| 22                                                                                                                                                                         |                            |                      |                                                                                                            |                 |          |
| 23                                                                                                                                                                         |                            |                      |                                                                                                            |                 |          |
| 24                                                                                                                                                                         |                            |                      |                                                                                                            |                 |          |
| 25                                                                                                                                                                         |                            |                      |                                                                                                            |                 |          |
| Observaciones:                                                                                                                                                             |                            |                      |                                                                                                            |                 |          |
| RESPONSABLE                                                                                                                                                                |                            |                      |                                                                                                            |                 |          |
| NOMBRE                                                                                                                                                                     | DOCUMENTO                  |                      | FIRMA                                                                                                      |                 |          |
| Karen Giron                                                                                                                                                                | 1057604023                 |                      |                                                                                                            |                 |          |

|                                                                                   |                                                    |                  |                             |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------|-----------------------------|---------------|
|  | SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO |                  | CODIGO: SST-CAS-FT-53       |               |
|                                                                                   | FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL                       |                  | VERSION: 001                |               |
|                                                                                   | Elaboró: Consultor ast                             |                  | Aprobó: Representante legal |               |
|                                                                                   |                                                    | FECHA: 1/07/2025 |                             | Página 1 de 1 |

|                |                   |            |          |
|----------------|-------------------|------------|----------|
| CIUDAD         | FRENTE DE TRABAJO | FECHA      | HORA     |
| Quetzaltenango | Sena              | 21-07-2026 | 7:00 am. |

|                                                                                                                                                                            |                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| ACTIVIDAD REALIZADA                                                                                                                                                        | TEMAS TRATADOS                                 |
| Inducción<br>Reinducción<br>Charla de seguridad<br>Pausa activa<br>Reuniones de SST / Operativas<br>Seminario / Taller / Curso<br>Capacitación específica al cargo<br>Otra | ¿es la prevención de accidentes una necesidad? |

| No | NOMBRES Y APELLIDOS      | CEDULA DE CIUDADANIA | CARGO          | FIRMA   |
|----|--------------------------|----------------------|----------------|---------|
| 1  | Karen Viviana Giron      | 1052604023           | Residente ssc  | [Firma] |
| 2  | Manuel Alejandro Salazar | 105387354            | As             | [Firma] |
| 3  | Duran Danilo Reyes F     | 1002461522           | Residente Obra | [Firma] |
| 4  | Hernan Jairo Delgado     | 91396.939            | Residente      | [Firma] |
| 5  | Guillermo Leon           | 80478492             | Residente      | [Firma] |
| 6  | Jose Alejandro Vega      | 7439278              | As             | [Firma] |
| 7  | IZAMTO AVELLA            | 9530213              | As             | [Firma] |
| 8  |                          |                      |                |         |
| 9  |                          |                      |                |         |
| 10 |                          |                      |                |         |
| 11 |                          |                      |                |         |
| 12 |                          |                      |                |         |
| 13 |                          |                      |                |         |
| 14 |                          |                      |                |         |
| 15 |                          |                      |                |         |
| 16 |                          |                      |                |         |
| 17 |                          |                      |                |         |
| 18 |                          |                      |                |         |
| 19 |                          |                      |                |         |
| 20 |                          |                      |                |         |
| 21 |                          |                      |                |         |
| 22 |                          |                      |                |         |
| 23 |                          |                      |                |         |
| 24 |                          |                      |                |         |
| 25 |                          |                      |                |         |

Observaciones:

| RESPONSABLE |            |         |  |
|-------------|------------|---------|--|
| NOMBRE      | DOCUMENTO  | FIRMA   |  |
| Karen Giron | 1052604023 | [Firma] |  |

|                                                                                   |                            |                                                    |                |                             |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------|----------------|-----------------------------|--|
|  |                            | SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO |                | CODIGO: SST-CAS-FT-53       |  |
|                                                                                   |                            | FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL                       |                | VERSION: 001                |  |
|                                                                                   |                            | Elaboró: Consultor SST                             |                | Aprobó: Representante legal |  |
|                                                                                   |                            |                                                    |                | FECHA: 1/07/2025            |  |
|                                                                                   |                            |                                                    |                | Página 1 de 1               |  |
| Ciudad                                                                            | FRENTE DE TRABAJO          | FECHA                                              | HORA           |                             |  |
| QUITAMA                                                                           | CEDEASPO                   | 23-02-2025                                         | 7:00 am.       |                             |  |
| ACTIVIDAD REALIZADA                                                               |                            | TEMAS TRATADOS                                     |                |                             |  |
| Inducción                                                                         |                            | Sentido común                                      |                |                             |  |
| Reinducción                                                                       |                            |                                                    |                |                             |  |
| Charla de seguridad                                                               |                            |                                                    |                |                             |  |
| Pausa activa                                                                      |                            |                                                    |                |                             |  |
| Reuniones de SST / Operativas                                                     |                            |                                                    |                |                             |  |
| Seminario / Taller / Curso                                                        |                            |                                                    |                |                             |  |
| Capacitación específica al cargo                                                  |                            |                                                    |                |                             |  |
| Otro                                                                              |                            |                                                    |                |                             |  |
| No                                                                                | NOMBRES Y APELLIDOS        | CEDULA DE CIUDADANIA                               | CARGO          | FIRMA                       |  |
| 1                                                                                 | Domin Reyes                | 1002461522                                         | Residente Obra | [Firma]                     |  |
| 2                                                                                 | Jaime Leon                 | 80428478                                           | Albañil        | [Firma]                     |  |
| 3                                                                                 | Manuel Alejandro Salamanca | 105383554                                          | Aux            | [Firma]                     |  |
| 4                                                                                 | Hernan Jairo Rojas         | 91346, 978                                         | maestro        | [Firma]                     |  |
| 5                                                                                 | Johny Ortiz                | 105224409                                          | aj             | [Firma]                     |  |
| 6                                                                                 | JZ Amilo APILA             | 4530213                                            | Aux            | [Firma]                     |  |
| 7                                                                                 | Karen Giron                | 1052604023                                         | Perdiente con  | [Firma]                     |  |
| 8                                                                                 | Luis Alejandro Vega        | 7439278                                            | Aux            | Luis Vega                   |  |
| 9                                                                                 |                            |                                                    |                |                             |  |
| 10                                                                                |                            |                                                    |                |                             |  |
| 11                                                                                |                            |                                                    |                |                             |  |
| 12                                                                                |                            |                                                    |                |                             |  |
| 13                                                                                |                            |                                                    |                |                             |  |
| 14                                                                                |                            |                                                    |                |                             |  |
| 15                                                                                |                            |                                                    |                |                             |  |
| 16                                                                                |                            |                                                    |                |                             |  |
| 17                                                                                |                            |                                                    |                |                             |  |
| 18                                                                                |                            |                                                    |                |                             |  |
| 19                                                                                |                            |                                                    |                |                             |  |
| 20                                                                                |                            |                                                    |                |                             |  |
| 21                                                                                |                            |                                                    |                |                             |  |
| 22                                                                                |                            |                                                    |                |                             |  |
| 23                                                                                |                            |                                                    |                |                             |  |
| 24                                                                                |                            |                                                    |                |                             |  |
| 25                                                                                |                            |                                                    |                |                             |  |
| Observaciones:                                                                    |                            |                                                    |                |                             |  |
| RESPONSABLE                                                                       |                            |                                                    |                |                             |  |
| NOMBRE                                                                            | DOCUMENTO                  | FIRMA                                              |                |                             |  |
| KAREN GIRON                                                                       | 1052604023                 | [Firma]                                            |                |                             |  |



|                                                                                   |                         |                                                          |                |                             |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------|--|
|  |                         | SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO       |                | CODIGO: SST-CAS-PT-63       |  |
|                                                                                   |                         | FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL                             |                | VERSION: 001                |  |
|                                                                                   |                         | Elaboró: Consultor sat                                   |                | Aprobó: Representante legal |  |
|                                                                                   |                         |                                                          |                | FECHA: 1/27/2025            |  |
|                                                                                   |                         |                                                          |                | Página 1 de 1               |  |
| CIUDAD                                                                            | FRENTE DE TRABAJO       | FECHA                                                    | HORA           |                             |  |
| QUITAMA                                                                           | ENJA                    | 24- Feb - 2025                                           | 7:00 am        |                             |  |
| ACTIVIDAD REALIZADA                                                               |                         | TEMAS TRATADOS                                           |                |                             |  |
| Inducción                                                                         |                         | <p>El fuego nos puede quitar el Trabajo... o la vida</p> |                |                             |  |
| Reinducción                                                                       |                         |                                                          |                |                             |  |
| Charla de seguridad                                                               |                         |                                                          |                |                             |  |
| Pausa activa                                                                      |                         |                                                          |                |                             |  |
| Reuniones de SST / Operativas                                                     |                         |                                                          |                |                             |  |
| Seminario / Taller / Curso                                                        |                         |                                                          |                |                             |  |
| Capacitación específica al cargo                                                  |                         |                                                          |                |                             |  |
| Otra                                                                              |                         |                                                          |                |                             |  |
| No                                                                                | NOMBRES Y APELLIDOS     | CEDULA DE CIUDADANIA                                     | CARGO          | FIRMA                       |  |
| 1                                                                                 | Duván Reyes             | 1002461522                                               | Residente Obra | [Firma]                     |  |
| 2                                                                                 | Elvira Ortiz            | 105224400                                                | As             | [Firma]                     |  |
| 3                                                                                 | Karen Giron             | 1052604073                                               | Residente Jr   | [Firma]                     |  |
| 4                                                                                 | IZAMIR AVELLA           | 0530213                                                  | As             | [Firma]                     |  |
| 5                                                                                 | Henry Juan Rodriguez    | 91396.928                                                | Asistente      | [Firma]                     |  |
| 6                                                                                 | José Alejandro V        | 7439278                                                  | AUX            | [Firma]                     |  |
| 7                                                                                 | Camilo Rivas            | 80429478                                                 | Asistente      | [Firma]                     |  |
| 8                                                                                 | Manel Alejandro Salazar | 10528959                                                 | As             | [Firma]                     |  |
| 9                                                                                 |                         |                                                          |                |                             |  |
| 10                                                                                |                         |                                                          |                |                             |  |
| 11                                                                                |                         |                                                          |                |                             |  |
| 12                                                                                |                         |                                                          |                |                             |  |
| 13                                                                                |                         |                                                          |                |                             |  |
| 14                                                                                |                         |                                                          |                |                             |  |
| 15                                                                                |                         |                                                          |                |                             |  |
| 16                                                                                |                         |                                                          |                |                             |  |
| 17                                                                                |                         |                                                          |                |                             |  |
| 18                                                                                |                         |                                                          |                |                             |  |
| 19                                                                                |                         |                                                          |                |                             |  |
| 20                                                                                |                         |                                                          |                |                             |  |
| 21                                                                                |                         |                                                          |                |                             |  |
| 22                                                                                |                         |                                                          |                |                             |  |
| 23                                                                                |                         |                                                          |                |                             |  |
| 24                                                                                |                         |                                                          |                |                             |  |
| 25                                                                                |                         |                                                          |                |                             |  |
| Observaciones:                                                                    |                         |                                                          |                |                             |  |
|                                                                                   |                         |                                                          |                |                             |  |
| RESPONSABLE                                                                       |                         |                                                          |                |                             |  |
| NOMBRE                                                                            | DOCUMENTO               | FIRMA                                                    |                |                             |  |
| Karen Giron                                                                       | 1052604023              | [Firma]                                                  |                |                             |  |



|                                                                                   |                                                    |  |                             |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--|-----------------------------|------------------|
|  | SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO |  | CODIGO: SST-CAS-FT-53       |                  |
|                                                                                   | FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL                       |  | VERSION:001                 |                  |
|                                                                                   | Elabora: Consultor sat                             |  | Aprobó: Representante legal |                  |
|                                                                                   |                                                    |  |                             | FECHA: 1/07/2025 |
|                                                                                   |                                                    |  |                             | Página 1 de 1    |

|        |                   |            |         |
|--------|-------------------|------------|---------|
| CIUDAD | FRENTE DE TRABAJO | FECHA      | HORA    |
| Durana | Sena              | 25-02-2026 | 7:00 am |

|                                                                                                                                                                            |                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| ACTIVIDAD REALIZADA                                                                                                                                                        | TEMAS TRATADOS                                                 |
| Inducción<br>Reinducción<br>Charla de seguridad<br>Pausa activa<br>Reuniones de SST / Operativas<br>Seminario / Taller / Curso<br>Capacitación específica al cargo<br>Otra | X En busca de las causas de los accidentes no de los culpables |

| No | NOMBRES Y APELLIDOS     | CEDULA DE CIUDADANIA | CARGO         | FIRMA     |
|----|-------------------------|----------------------|---------------|-----------|
| 1  | Dominico Leon           | 80478428             | Alumno        | [Firma]   |
| 2  | Daniela Danika Reyes    | 1002461522           | Residente Oba | [Firma]   |
| 3  | [Firma]                 | 91396.922            | [Firma]       | [Firma]   |
| 4  | Camel Alberto Salamanca | 105334554            | ms            | [Firma]   |
| 5  | Isabel Johana Ortiz     | 1055204109           | ms            | [Firma]   |
| 6  | Karen Giron             | 1052604023           | Residente Oba | [Firma]   |
| 7  | Ilamiro Ave/In          | 9530213              | ms            | [Firma]   |
| 8  | Luis Alejandro Vega     | 7439278              | Aux           | Luis Vega |
| 9  |                         |                      |               |           |
| 10 |                         |                      |               |           |
| 11 |                         |                      |               |           |
| 12 |                         |                      |               |           |
| 13 |                         |                      |               |           |
| 14 |                         |                      |               |           |
| 15 |                         |                      |               |           |
| 16 |                         |                      |               |           |
| 17 |                         |                      |               |           |
| 18 |                         |                      |               |           |
| 19 |                         |                      |               |           |
| 20 |                         |                      |               |           |
| 21 |                         |                      |               |           |
| 22 |                         |                      |               |           |
| 23 |                         |                      |               |           |
| 24 |                         |                      |               |           |
| 25 |                         |                      |               |           |

Observaciones:

| RESPONSABLE |            |         |  |
|-------------|------------|---------|--|
| NOMBRE      | DOCUMENTO  | FIRMA   |  |
| Karen Giron | 1052604023 | [Firma] |  |

|                                                                                                                                                                              |                                                    |                                         |                             |                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|
|                                                                                             | SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO |                                         | CODIGO: SST-CAS-PT-53       |                         |
|                                                                                                                                                                              | FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL                       |                                         | VERSION: 001                |                         |
|                                                                                                                                                                              | Elaboró: Consultor sat                             |                                         | Aprobó: Representante legal |                         |
|                                                                                                                                                                              |                                                    | FECHA: 1/07/2025                        |                             | Página 1 de 1           |
| CIUDAD                                                                                                                                                                       | FRONTE DE TRABAJO                                  | FECHA                                   | HORA                        |                         |
| Antigua                                                                                                                                                                      | Servi- (Pedregal)                                  | 26-02-2026                              | 7:00 am.                    |                         |
| ACTIVIDAD REALIZADA                                                                                                                                                          |                                                    | TEMAS TRATADOS                          |                             |                         |
| Inducción<br>Reinstrucción<br>Charla de seguridad<br>Pausa activa<br>Reuniones de SST / Operativas<br>Seminario / Taller / Curso<br>Capacitación específica al cargo<br>Otra |                                                    | X Todos los accidentes tienen una causa |                             |                         |
| No                                                                                                                                                                           | NOMBRES Y APELLIDOS                                | CEDULA DE CIUDADANIA                    | CARGO                       | FIRMA                   |
| 1                                                                                                                                                                            | Luis Vega                                          | 7439378                                 | AVT                         | Luis Vega               |
| 2                                                                                                                                                                            | Karen Giron                                        | 1053604023                              | Residente Sr                | Karen Giron             |
| 3                                                                                                                                                                            | Daniel Danilo Reyes F.                             | 1002461522                              | Residente Obra              | Daniel Danilo Reyes F.  |
| 4                                                                                                                                                                            | Ignacio Javier Androz                              | 41396.999                               | Manten                      | Ignacio Javier Androz   |
| 5                                                                                                                                                                            | Rodrigo Arellano                                   | 9530213                                 | AVT                         | Rodrigo Arellano        |
| 6                                                                                                                                                                            | Josue Ortiz                                        | 105524409                               | AVT                         | Josue Ortiz             |
| 7                                                                                                                                                                            | Fernando Perez                                     | 84928482                                | Manten                      | Fernando Perez          |
| 8                                                                                                                                                                            | Nicol Alejandro Salazar                            | 1073593574                              | AVT                         | Nicol Alejandro Salazar |
| 9                                                                                                                                                                            |                                                    |                                         |                             |                         |
| 10                                                                                                                                                                           |                                                    |                                         |                             |                         |
| 11                                                                                                                                                                           |                                                    |                                         |                             |                         |
| 12                                                                                                                                                                           |                                                    |                                         |                             |                         |
| 13                                                                                                                                                                           |                                                    |                                         |                             |                         |
| 14                                                                                                                                                                           |                                                    |                                         |                             |                         |
| 15                                                                                                                                                                           |                                                    |                                         |                             |                         |
| 16                                                                                                                                                                           |                                                    |                                         |                             |                         |
| 17                                                                                                                                                                           |                                                    |                                         |                             |                         |
| 18                                                                                                                                                                           |                                                    |                                         |                             |                         |
| 19                                                                                                                                                                           |                                                    |                                         |                             |                         |
| 20                                                                                                                                                                           |                                                    |                                         |                             |                         |
| 21                                                                                                                                                                           |                                                    |                                         |                             |                         |
| 22                                                                                                                                                                           |                                                    |                                         |                             |                         |
| 23                                                                                                                                                                           |                                                    |                                         |                             |                         |
| 24                                                                                                                                                                           |                                                    |                                         |                             |                         |
| 25                                                                                                                                                                           |                                                    |                                         |                             |                         |
| Observaciones:                                                                                                                                                               |                                                    |                                         |                             |                         |
| RESPONSABLE                                                                                                                                                                  |                                                    |                                         |                             |                         |
| NOMBRE                                                                                                                                                                       | DOCUMENTO                                          | FIRMA                                   |                             |                         |
| Karen Giron                                                                                                                                                                  | 1053604023                                         | Karen Giron                             |                             |                         |

|                                                                                                                                                                            |                                                    |                                                                                       |                             |                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                           | SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO |                                                                                       | CODIGO: SST-CAS-FT-53       |                                                                                      |
|                                                                                                                                                                            | FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL                       |                                                                                       | VERSION: 001                |                                                                                      |
|                                                                                                                                                                            | Elaboró: Consultor SST                             |                                                                                       | Aprobó: Representante legal |                                                                                      |
|                                                                                                                                                                            |                                                    |                                                                                       |                             | FECHA: 1/07/2025                                                                     |
|                                                                                                                                                                            |                                                    |                                                                                       |                             | Página 1 de 1                                                                        |
| CIUDAD                                                                                                                                                                     | FRENTE DE TRABAJO                                  | FECHA                                                                                 | HORA                        |                                                                                      |
| Durán                                                                                                                                                                      | Sena                                               | 27-02-2026                                                                            | 7:00 am.                    |                                                                                      |
| ACTIVIDAD REALIZADA                                                                                                                                                        |                                                    | TEMAS TRATADOS                                                                        |                             |                                                                                      |
| Inducción<br>Reinducción<br>Charla de seguridad<br>Pausa activa<br>Reuniones de SST / Operativas<br>Seminario / Taller / Curso<br>Capacitación específica al cargo<br>Otra |                                                    | X Trabajando correctamente se evitan accidentes                                       |                             |                                                                                      |
| No                                                                                                                                                                         | NOMBRES Y APELLIDOS                                | CEDULA DE CIUDADANIA                                                                  | CARGO                       | FIRMA                                                                                |
| 1                                                                                                                                                                          | Durán Danilo Reyes F.                              | 1002461522                                                                            | Residente Obra              |   |
| 2                                                                                                                                                                          | Arana Jona Redroza                                 | 913016.978                                                                            | Muestr                      |   |
| 3                                                                                                                                                                          | Jhaniel Ortiz                                      | 105774403                                                                             | As                          |   |
| 4                                                                                                                                                                          | Karen Giron                                        | 1057604023                                                                            | Residente SST               |   |
| 5                                                                                                                                                                          | Ramiro Aspi                                        | 9530213                                                                               | As                          |   |
| 6                                                                                                                                                                          | Manuel Alejandro Silveira                          | 1053589554                                                                            | As                          |   |
| 7                                                                                                                                                                          | Manuel Cesar                                       | 10478482                                                                              | Muestr                      |   |
| 8                                                                                                                                                                          | Los Alvarado Vega                                  | 7439278                                                                               | As                          |  |
| 9                                                                                                                                                                          |                                                    |                                                                                       |                             |                                                                                      |
| 10                                                                                                                                                                         |                                                    |                                                                                       |                             |                                                                                      |
| 11                                                                                                                                                                         |                                                    |                                                                                       |                             |                                                                                      |
| 12                                                                                                                                                                         |                                                    |                                                                                       |                             |                                                                                      |
| 13                                                                                                                                                                         |                                                    |                                                                                       |                             |                                                                                      |
| 14                                                                                                                                                                         |                                                    |                                                                                       |                             |                                                                                      |
| 15                                                                                                                                                                         |                                                    |                                                                                       |                             |                                                                                      |
| 16                                                                                                                                                                         |                                                    |                                                                                       |                             |                                                                                      |
| 17                                                                                                                                                                         |                                                    |                                                                                       |                             |                                                                                      |
| 18                                                                                                                                                                         |                                                    |                                                                                       |                             |                                                                                      |
| 19                                                                                                                                                                         |                                                    |                                                                                       |                             |                                                                                      |
| 20                                                                                                                                                                         |                                                    |                                                                                       |                             |                                                                                      |
| 21                                                                                                                                                                         |                                                    |                                                                                       |                             |                                                                                      |
| 22                                                                                                                                                                         |                                                    |                                                                                       |                             |                                                                                      |
| 23                                                                                                                                                                         |                                                    |                                                                                       |                             |                                                                                      |
| 24                                                                                                                                                                         |                                                    |                                                                                       |                             |                                                                                      |
| 25                                                                                                                                                                         |                                                    |                                                                                       |                             |                                                                                      |
| Observaciones:                                                                                                                                                             |                                                    |                                                                                       |                             |                                                                                      |
| RESPONSABLE                                                                                                                                                                |                                                    |                                                                                       |                             |                                                                                      |
| NOMBRE                                                                                                                                                                     | DOCUMENTO                                          | FIRMA                                                                                 |                             |                                                                                      |
| Karen Giron                                                                                                                                                                | 1057604023                                         |  |                             |                                                                                      |



|                                                                                                                                                                            |                                                    |                                  |                       |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------|---------------|
|                                                                                           | SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO |                                  | CODIGO: SST-CAS-FT-53 |               |
|                                                                                                                                                                            | FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL                       |                                  | VERSION: 001          |               |
|                                                                                                                                                                            | Elaboró: Consultor SST                             | Aprobó: Representante legal      | FECHA: 1/07/2025      |               |
|                                                                                                                                                                            |                                                    |                                  |                       | Página 1 de 1 |
| CIUDAD                                                                                                                                                                     | FRENTE DE TRABAJO                                  | FECHA                            | HORA                  |               |
| Durama                                                                                                                                                                     | Sera                                               | 29 febrero                       | 7:00 am.              |               |
| ACTIVIDAD REALIZADA                                                                                                                                                        |                                                    | TEMAS TRATADOS                   |                       |               |
| Inducción<br>Reinducción<br>Charla de seguridad<br>Pausa activa<br>Reuniones de SST / Operativas<br>Seminario / Taller / Curso<br>Capacitación específica al cargo<br>Otra |                                                    | Resguardos: si se usan protegen. |                       |               |
| No                                                                                                                                                                         | NOMBRES Y APELLIDOS                                | CEDULA DE CIUDADANIA             | CARGO                 | FIRMA         |
| 1                                                                                                                                                                          | Manuel Alejandro Salazar                           | 1053589354                       | Aux                   | [Firma]       |
| 2                                                                                                                                                                          | Duvan Danilo Reyes                                 | 1002461522                       | Residente Obo         | [Firma]       |
| 3                                                                                                                                                                          | Gerardo Leon                                       | 80428482                         | Maestro               | [Firma]       |
| 4                                                                                                                                                                          | Armando Arce                                       | 91396099                         | Maestro               | [Firma]       |
| 5                                                                                                                                                                          | Ismael Alejandro Vega                              | 74139278                         | Aux                   | [Firma]       |
| 6                                                                                                                                                                          | Ismael Arce                                        | 9530313                          | Aux                   | [Firma]       |
| 7                                                                                                                                                                          | Karen Giron                                        | 1052604023                       | Residente SST         | [Firma]       |
| 8                                                                                                                                                                          |                                                    |                                  |                       |               |
| 9                                                                                                                                                                          |                                                    |                                  |                       |               |
| 10                                                                                                                                                                         |                                                    |                                  |                       |               |
| 11                                                                                                                                                                         |                                                    |                                  |                       |               |
| 12                                                                                                                                                                         |                                                    |                                  |                       |               |
| 13                                                                                                                                                                         |                                                    |                                  |                       |               |
| 14                                                                                                                                                                         |                                                    |                                  |                       |               |
| 15                                                                                                                                                                         |                                                    |                                  |                       |               |
| 16                                                                                                                                                                         |                                                    |                                  |                       |               |
| 17                                                                                                                                                                         |                                                    |                                  |                       |               |
| 18                                                                                                                                                                         |                                                    |                                  |                       |               |
| 19                                                                                                                                                                         |                                                    |                                  |                       |               |
| 20                                                                                                                                                                         |                                                    |                                  |                       |               |
| 21                                                                                                                                                                         |                                                    |                                  |                       |               |
| 22                                                                                                                                                                         |                                                    |                                  |                       |               |
| 23                                                                                                                                                                         |                                                    |                                  |                       |               |
| 24                                                                                                                                                                         |                                                    |                                  |                       |               |
| 25                                                                                                                                                                         |                                                    |                                  |                       |               |
| Observaciones:                                                                                                                                                             |                                                    |                                  |                       |               |
| RESPONSABLE                                                                                                                                                                |                                                    |                                  |                       |               |
| NOMBRE                                                                                                                                                                     | DOCUMENTO                                          | FIRMA                            |                       |               |
| Karen Giron                                                                                                                                                                | 1052604023                                         | [Firma]                          |                       |               |



## **ANEXO 3. PERMISOS DE TRABAJO**

39







| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |                                                           |                                                                                                        |                             |    |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----|-----|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD |                                                                                                        | SI                          | NO | N/A |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SI                    | NO                                                        | ¿Existen planes que indiquen la ubicación y profundidad a excavar?                                     | SI                          | NO | N/A |
| Chaleco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | SI                    | NO                                                        | ¿Se han establecido los límites para garantizar la seguridad del trabajo?                              | SI                          | NO | N/A |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SI                    | NO                                                        | ¿Los trabajadores de trabajo en los alrededores están en buen estado?                                  | SI                          | NO | N/A |
| Chaleco tipo arnés                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SI                    | NO                                                        | ¿Acceso al área de trabajo?                                                                            | SI                          | NO | N/A |
| Chaleco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SI                    | NO                                                        | ¿Se reducen las condiciones necesarias para comenzar el trabajo?                                       | SI                          | NO | N/A |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SI                    | NO                                                        | ¿La maquinaria utilizada cumple con las condiciones antes para la operación?                           | SI                          | NO | N/A |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | SI                    | NO                                                        | ¿Se toman las medidas necesarias para evitar los accidentes de la zona?                                | SI                          | NO | N/A |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       | RISQUE DE CARGAS                                          |                                                                                                        | RISQUEO ENERGÍAS PELIGROSAS |    |     |
| SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | NO                    | SI                                                        | NO                                                                                                     | SI                          | NO | N/A |
| ¿Está el área de trabajo libre de obstrucciones (cable, aceite, herramientas, etc.)?                                                                                                                                                                                                                                                                        | SI                    | NO                                                        | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material a cargar o mover? | SI                          | NO | N/A |
| ¿Se asegura tener guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SI                    | NO                                                        | ¿Se realiza inspección pre-operacional a los equipos de trabajo?                                       | SI                          | NO | N/A |
| ¿Cuenta con arnés?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SI                    | NO                                                        | ¿Los certificados de operación y capacitación están acorde a la capacidad del equipo a operar?         | SI                          | NO | N/A |
| ¿Cables y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI                    | NO                                                        | ¿Se revisan todos y cada uno de los puntos de carga?                                                   | SI                          | NO | N/A |
| ¿Se aseguran mangos o terminales?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | SI                    | NO                                                        | ¿Cables con aperturas, corrosión, en buen estado y son acorde a la actividad?                          | SI                          | NO | N/A |
| ¿Materiales y equipos adecuados?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI                    | NO                                                        | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra/cableado?                                                   | SI                          | NO | N/A |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       | SUSTANCIAS QUÍMICAS                                       |                                                                                                        | SI                          | NO | N/A |
| SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | NO                    | SI                                                        | NO                                                                                                     | SI                          | NO | N/A |
| ¿El área de trabajo al inicio y final está limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                               | SI                    | NO                                                        | ¿Se cuenta con los fichas de seguridad de los materiales utilizados en el sitio?                       | SI                          | NO | N/A |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos peligrosos y peligrosos (residuos grasos, aceites, etc.)                                                                                                                                                                                                                                          | SI                    | NO                                                        | ¿Los materiales químicos se almacenan en recipientes adecuados y etiquetados?                          | SI                          | NO | N/A |
| Los datos firmados confirman que el área de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se cumplen los requisitos. Los operadores son responsables por conocer y aplicar las precauciones de seguridad necesarias en este permiso, por tanto, se otorga a la operación del trabajo, bajo una supervisión permanente. |                       |                                                           |                                                                                                        |                             |    |     |
| FIRMA DE AUTORIZACIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                                           |                                                                                                        |                             |    |     |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Nombre y Apellido     | CÉDULA                                                    | FIRMA DE APERTURA                                                                                      | FIRMA DE CIERRE             |    |     |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Durán Reyes           | 1002 461522                                               |                                                                                                        |                             |    |     |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Hernán Jarama Adriano | 9'396.973                                                 |                                                                                                        |                             |    |     |
| SEÑ OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Karen Giron           | 1083-601.023                                              |                                                                                                        |                             |    |     |





| EVALUACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |                                                   |                                                                             |                                                                                  |    |                 |     |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------|-----|-----|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                    | CONDICIONES REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD |                                                                             |                                                                                  | SI | NO              | N/A |     |
| Selección                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SI                 | NO                                                | Existen permisos que indiquen la ubicación y profundidad de escape          |                                                                                  |    |                 |     |     |
| Cuadros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                    |                                                   | Fue en intervención los requisitos para garantizar la ejecución del trabajo |                                                                                  |    |                 |     |     |
| Uso de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                    |                                                   | Los instrumentos de trabajo son los adecuados y están en buen estado        |                                                                                  |    |                 |     |     |
| Uso de protección                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                    |                                                   | Protección al área fue restringida                                          |                                                                                  |    |                 |     |     |
| Procedimiento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |                                                   | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo        |                                                                                  |    |                 |     |     |
| Procedimiento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |                                                   | La herramienta empleada cumple con las condiciones antes para la ejecución  |                                                                                  |    |                 |     |     |
| Procedimiento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |                                                   | Se tomaron las medidas necesarias para evitar los riesgos de la zona        |                                                                                  |    |                 |     |     |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                    | EVALUACIÓN DE RIESGOS                             |                                                                             | EVALUACIÓN DE RIESGOS                                                            |    |                 |     |     |
| SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | NO                 | SI                                                | NO                                                                          | SI                                                                               | NO | N/A             |     |     |
| ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen del material a elevar o mover)?                                                                                                                                                                                                                                                                             |                    |                                                   |                                                                             | Autorización de oficial de bloques                                               |    |                 |     |     |
| ¿Se realizó inspección pre-operacional a los equipos de trabajo?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                    |                                                   |                                                                             | Corte doble de las fuentes de energía                                            |    |                 |     |     |
| ¿Cuenta con permiso?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                    |                                                   |                                                                             | Bloques eléctricos de las dependencias de corte de la fuente de energía          |    |                 |     |     |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                    |                                                   |                                                                             | ¿Se cuenta con método de bloqueo?                                                |    |                 |     |     |
| ¿Se realizaron inspecciones a los equipos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |                                                   |                                                                             | Aviso verbalizado y otorgado                                                     |    |                 |     |     |
| ¿Se cuenta con método de bloqueo?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                    |                                                   |                                                                             | Se tienen identificadas las riesgos de la labor                                  |    |                 |     |     |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                    |                                                   |                                                                             | SUSTANCIAS QUÍMICAS                                                              |    |                 |     |     |
| SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                    |                                                   |                                                                             | NO                                                                               |    |                 |     | N/A |
| ¿El área de trabajo está libre y libre de obstáculos y entorpecimientos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                    |                                                   |                                                                             | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? |    |                 |     |     |
| Se cuenta con requisitos para almacenamiento de residuos (residuos, gases, otros)                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                    |                                                   |                                                                             | ¿Las sustancias químicas se almacenan en recipientes adecuados?                  |    |                 |     |     |
| Las hojas de seguridad confirman que el área de trabajo ha sido verificada al igual que los procedimientos de seguridad necesarios y se aplican los procedimientos. Las operaciones son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente. |                    |                                                   |                                                                             |                                                                                  |    |                 |     |     |
| FIRMANTE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                    |                                                   |                                                                             |                                                                                  |    |                 |     |     |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | NOMBRE Y APELLIDO  |                                                   | CÓDIGO                                                                      | FIRMA DE APERTURA                                                                |    | FIRMA DE CIERRE |     |     |
| RESPONSABLE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Duvan Rojas        |                                                   | 1002461522                                                                  |                                                                                  |    |                 |     |     |
| LEDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Hernan Jaime Ariza |                                                   | 91396.938                                                                   |                                                                                  |    |                 |     |     |
| SEF OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Karen Giron        |                                                   | 1057601023                                                                  |                                                                                  |    |                 |     |     |



| SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |                 |                            |                               |                                     |                                                                    |               |                                     |                            | FORMULARIO 001-000-001                                                                                     |                                  |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------|----|----|----|----|-------------------------------------|----|----|------------------------------------|----|----|----------------------------------|-------------------------|----|----|-------------------------|----|----|-------------------------|----|----|-------------------------|----|----|----------------------------|----|----|----------------------------|----|----|----------------------------|----|----|----------------------------|----|----|----------------------------------|----|----|---------------------|----|----|---------------------|----|----|---------------------|----|----|-------------------------|----|----|-------------------------|----|----|-------------------------|----|----|-------------------------|----|----|---------------------|----|----|---------------------|----|----|---------------------|----|----|---------------------|----|----|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| FORMATO PERMISO DE TRABAJO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                 |                            |                               |                                     |                                                                    |               |                                     |                            | VERSIÓN 001                                                                                                |                                  |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Elaborado: [Firma]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |                 |                            |                               |                                     |                                                                    |               |                                     |                            | Aprobado: [Firma]                                                                                          |                                  |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Página 1 de 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |                 |                            |                               |                                     |                                                                    |               |                                     |                            |                                                                                                            |                                  |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CENTRO DE TRABAJO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | UBICACIÓN | FECHA DE INICIO | HORA DE INICIO             | FECHA DE FINALIZACIÓN         | HORA FINAL                          | TIPO DE TRABAJO                                                    | AUTORIZADO    | RESPONSABLE                         |                            |                                                                                                            |                                  |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Durante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Sena      | 05-02-2020      | 05-02-2020                 | 05-02-2020                    | 5:00 PM                             | REPARACIÓN DE LA ACTUACIÓN 2000                                    | NO AUTORIZADO | Javier Peltano                      |                            |                                                                                                            |                                  |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |           |                 |                            |                               |                                     | ¿LA ACTIVIDAD ES UN TRABAJO DE ALTA RIESGO?                        |               |                                     |                            |                                                                                                            |                                  |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mantenimiento bodega sanitarias                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |                 |                            |                               |                                     | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |               |                                     |                            |                                                                                                            |                                  |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |                 |                            |                               |                                     | ¿SE ENCONTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO?                          |               |                                     |                            |                                                                                                            |                                  |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Herramienta menor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |                 |                            |                               |                                     | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |               |                                     |                            |                                                                                                            |                                  |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TRABAJADORES AUTORIZADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |                 |                            |                               |                                     | REQUIREMENTOS DE APTITUD                                           |               |                                     |                            |                                                                                                            |                                  |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES IDENTIFICADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           | CARGO           |                            | Opciones condiciones de salud |                                     | Requerimiento visual                                               |               | ¿Pueden realizar para la actividad? |                            | Si trabajador requiere en actividades de protección personal y equipos que se encuentran aptos para su uso |                                  |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |                 |                            | SI NO                         |                                     | SI NO                                                              |               | SI NO                               |                            | SI NO                                                                                                      |                                  |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Durán Reyes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           | Revisor Oca     |                            | X                             |                                     | X                                                                  |               | X                                   |                            | X                                                                                                          |                                  |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. Manuel Alejandro Salamanca                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           | As. Oca         |                            | X                             |                                     | X                                                                  |               | X                                   |                            | X                                                                                                          |                                  |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. Luis Alejandro Vega                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           | As.             |                            | X                             |                                     | X                                                                  |               | X                                   |                            | X                                                                                                          |                                  |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. Hernán Javier Peltano                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           | Mantenimiento   |                            | X                             |                                     | X                                                                  |               | X                                   |                            | X                                                                                                          |                                  |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. Karen Giron                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           | Asistente       |                            | X                             |                                     | X                                                                  |               | X                                   |                            | X                                                                                                          |                                  |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. Jonathan Peltano                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           | Asistente       |                            | X                             |                                     | X                                                                  |               | X                                   |                            | X                                                                                                          |                                  |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. Ramiro Arellano                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           | As.             |                            | X                             |                                     | X                                                                  |               | X                                   |                            | X                                                                                                          |                                  |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ELEGIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |                 |                            |                               |                                     |                                                                    |               |                                     |                            |                                                                                                            |                                  |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS (seleccione según corresponda)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |                 |                            |                               |                                     |                                                                    |               |                                     |                            |                                                                                                            |                                  |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"> <tr> <td>Quemadura por contacto</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>Quemadura por contacto con líquidos</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>Quemadura por contacto con sólidos</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>Quemadura por contacto con gases</td> </tr> <tr> <td>Quemadura por radiación</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>Quemadura por radiación</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>Quemadura por radiación</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>Quemadura por radiación</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>Quemadura por electricidad</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>Quemadura por electricidad</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>Quemadura por electricidad</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>Quemadura por electricidad</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>Quemadura por fuego</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>Quemadura por fuego</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>Quemadura por fuego</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>Quemadura por fuego</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>Quemadura por explosión</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>Quemadura por explosión</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>Quemadura por explosión</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>Quemadura por explosión</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>Quemadura por vapor</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>Quemadura por vapor</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>Quemadura por vapor</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>Quemadura por vapor</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> </table>                                                                       |           |                 |                            |                               |                                     |                                                                    |               |                                     |                            |                                                                                                            |                                  | Quemadura por contacto  | SI | NO | SI | NO | Quemadura por contacto con líquidos | SI | NO | Quemadura por contacto con sólidos | SI | NO | Quemadura por contacto con gases | Quemadura por radiación | SI | NO | Quemadura por radiación | SI | NO | Quemadura por radiación | SI | NO | Quemadura por radiación | SI | NO | Quemadura por electricidad | SI | NO | Quemadura por electricidad | SI | NO | Quemadura por electricidad | SI | NO | Quemadura por electricidad | SI | NO | Quemadura por fuego              | SI | NO | Quemadura por fuego | SI | NO | Quemadura por fuego | SI | NO | Quemadura por fuego | SI | NO | Quemadura por explosión | SI | NO | Quemadura por explosión | SI | NO | Quemadura por explosión | SI | NO | Quemadura por explosión | SI | NO | Quemadura por vapor | SI | NO | Quemadura por vapor | SI | NO | Quemadura por vapor | SI | NO | Quemadura por vapor | SI | NO |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Quemadura por contacto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SI        | NO              | SI                         | NO                            | Quemadura por contacto con líquidos | SI                                                                 | NO            | Quemadura por contacto con sólidos  | SI                         | NO                                                                                                         | Quemadura por contacto con gases |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Quemadura por radiación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SI        | NO              | Quemadura por radiación    | SI                            | NO                                  | Quemadura por radiación                                            | SI            | NO                                  | Quemadura por radiación    | SI                                                                                                         | NO                               |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Quemadura por electricidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | SI        | NO              | Quemadura por electricidad | SI                            | NO                                  | Quemadura por electricidad                                         | SI            | NO                                  | Quemadura por electricidad | SI                                                                                                         | NO                               |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Quemadura por fuego                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SI        | NO              | Quemadura por fuego        | SI                            | NO                                  | Quemadura por fuego                                                | SI            | NO                                  | Quemadura por fuego        | SI                                                                                                         | NO                               |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Quemadura por explosión                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SI        | NO              | Quemadura por explosión    | SI                            | NO                                  | Quemadura por explosión                                            | SI            | NO                                  | Quemadura por explosión    | SI                                                                                                         | NO                               |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Quemadura por vapor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SI        | NO              | Quemadura por vapor        | SI                            | NO                                  | Quemadura por vapor                                                | SI            | NO                                  | Quemadura por vapor        | SI                                                                                                         | NO                               |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGUN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |                 |                            |                               |                                     |                                                                    |               |                                     |                            |                                                                                                            |                                  |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TRABAJO EN ALTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |                 |                            |                               |                                     |                                                                    |               |                                     |                            |                                                                                                            |                                  |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"> <tr> <td>MECANISMO DE PROTECCIÓN</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>Calificación del uso</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Apoyo de seguridad</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Verificación de punto de anclaje</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Calificación del uso</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Uso de arnés</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Trabajo en suspensión</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Control de acceso</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Rescate</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>¿Otro? ¿Cual?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |           |                 |                            |                               |                                     |                                                                    |               |                                     |                            |                                                                                                            |                                  | MECANISMO DE PROTECCIÓN | SI | NO | SI | NO | SI                                  | NO | SI | NO                                 | SI | NO | SI                               | Calificación del uso    |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    | Apoyo de seguridad         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    | Verificación de punto de anclaje |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    | Calificación del uso    |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    | Uso de arnés        |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    | Trabajo en suspensión |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Control de acceso |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Rescate |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ¿Otro? ¿Cual? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| MECANISMO DE PROTECCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SI        | NO              | SI                         | NO                            | SI                                  | NO                                                                 | SI            | NO                                  | SI                         | NO                                                                                                         | SI                               |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Calificación del uso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |                 |                            |                               |                                     |                                                                    |               |                                     |                            |                                                                                                            |                                  |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Apoyo de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |                 |                            |                               |                                     |                                                                    |               |                                     |                            |                                                                                                            |                                  |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Verificación de punto de anclaje                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           |                 |                            |                               |                                     |                                                                    |               |                                     |                            |                                                                                                            |                                  |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Calificación del uso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |                 |                            |                               |                                     |                                                                    |               |                                     |                            |                                                                                                            |                                  |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Uso de arnés                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |                 |                            |                               |                                     |                                                                    |               |                                     |                            |                                                                                                            |                                  |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Trabajo en suspensión                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |                 |                            |                               |                                     |                                                                    |               |                                     |                            |                                                                                                            |                                  |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Control de acceso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |                 |                            |                               |                                     |                                                                    |               |                                     |                            |                                                                                                            |                                  |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rescate                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                 |                            |                               |                                     |                                                                    |               |                                     |                            |                                                                                                            |                                  |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Otro? ¿Cual?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |                 |                            |                               |                                     |                                                                    |               |                                     |                            |                                                                                                            |                                  |                         |    |    |    |    |                                     |    |    |                                    |    |    |                                  |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                            |    |    |                                  |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                         |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                     |    |    |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |





| SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |                                 |                                   |                    |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                             |                               |                                                                    | CÓDIGO: SST-CG-PT-01 |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |    |         |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|-----------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| FORMATO PERIODO DE TRABAJO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |                                 |                                   |                    |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                             |                               |                                                                    | VERSIÓN: 001         |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |    |         |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
| Elabora: Coordinador SST                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                                 |                                   |                    | Aprueba: Representante legal |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                             |                               |                                                                    | FECHA: 01/01/2023    |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |    |         |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
| CENTRO DE TRABAJO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    | ÁREA/LUGAR                      | PERIODO DE TRABAJO                | FECHA DE INICIO    | FECHA DE FINALIZACIÓN        | NÚMERO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | TIPO DE TRABAJO                             | ROUTINARIO                    | RESPONSABLE                                                        |                      |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |    |         |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
| Distancia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    | Sera                            | 06-02-26                          | 20:00h             | 06-02-26                     | 5204m                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                             | NO RUTINARIO                  | Jorge Delgado                                                      |                      |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |    |         |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    | Monteumento baterías sanitarios |                                   |                    |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO?     |                               | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                      |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |    |         |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    | Herramienta manual              |                                   |                    |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO?  |                               | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                      |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |    |         |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                 |                                   |                    |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ¿SE HICIERON INSPECCIONES PREOPERACIONALES? |                               | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                      |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |    |         |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
| TRABAJADORES AUTORIZADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                                 |                                   |                    |                              | REQUERIMIENTO DE APTITUDES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             |                               |                                                                    |                      |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |    |         |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES (IDENTIFICACION)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |                                 |                                   |                    |                              | LARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Opciones conductores de salud               |                               | Seguridad social vigente                                           |                      | ¿Están capacitados para la actividad?                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ¿Indicadores importantes son elementos de protección personal y equipos que se encuentran aptos para su uso? |    | Fecha   |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                 |                                   |                    |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SI                                          | NO                            | SI                                                                 | NO                   | SI                                                                                         | NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SI                                                                                                           | NO |         |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
| 1. Luis Alejandro Vega                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                                 |                                   |                    |                              | Asesor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | X                                           |                               | X                                                                  |                      | X                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X                                                                                                            |    |         | Luis Vega |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
| 2. Manuel Alejandro Salazar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |                                 |                                   |                    |                              | Asesor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | X                                           |                               | X                                                                  |                      | X                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X                                                                                                            |    | Manuel  |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
| 3. Ricardo Aranda                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |                                 |                                   |                    |                              | Asesor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | X                                           |                               | X                                                                  |                      | X                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X                                                                                                            |    | Ricardo |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
| 4. Duval Reyes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |                                 |                                   |                    |                              | Residente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | X                                           |                               | X                                                                  |                      | X                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X                                                                                                            |    | Duval   |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
| 5. Horacio Javier Palma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                 |                                   |                    |                              | Montador                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | X                                           |                               | X                                                                  |                      | X                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X                                                                                                            |    | Horacio |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
| 6. José Manuel Ortiz Alvarado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |                                 |                                   |                    |                              | Asesor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | X                                           |                               | X                                                                  |                      | X                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X                                                                                                            |    | José    |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
| 7. Luciano Roca                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                 |                                   |                    |                              | Huista                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | X                                           |                               | X                                                                  |                      | X                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X                                                                                                            |    | Luciano |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
| 8. Karen Giron                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |                                 |                                   |                    |                              | Residente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | X                                           |                               | X                                                                  |                      | X                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X                                                                                                            |    | Karen   |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
| 9.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |                                 |                                   |                    |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                             |                               |                                                                    |                      |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |    |         |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
| 10.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |                                 |                                   |                    |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                             |                               |                                                                    |                      |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |    |         |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
| 11.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |                                 |                                   |                    |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                             |                               |                                                                    |                      |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |    |         |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
| 12.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |                                 |                                   |                    |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                             |                               |                                                                    |                      |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |    |         |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
| 13.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |                                 |                                   |                    |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                             |                               |                                                                    |                      |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |    |         |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
| 14.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |                                 |                                   |                    |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                             |                               |                                                                    |                      |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |    |         |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, SEGUROSIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |                                 |                                   |                    |                              | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS (seleccione según corresponda)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                             |                               |                                                                    |                      |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |    |         |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
| Cuero de trabajo <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>Protección facial <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>Botas de seguridad <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>Guantes de trabajo <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>Casco de seguridad <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>Guantes de protección <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |    |                                 |                                   |                    |                              | Montañas <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>Chubasco <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>Cables <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>Material de construcción <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>Fuego <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |                                             |                               |                                                                    |                      |                                                                                            | Golpe por objetos en movimiento <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>Golpe por objeto suspendido <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>Golpe por objeto caído o volado <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>Caída al mismo nivel <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>Caída por borde eléctrico <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |                                                                                                              |    |         |           |  | Resquebrajamiento del cuerpo <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>Proyección de partículas <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>Explosión <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>Intoxicación <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>Contaminación de sustancias tóxicas <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |  |  |  |  |  |
| A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGUN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                                 |                                   |                    |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                             |                               |                                                                    |                      |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |    |         |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
| TRABAJO EN ALTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |                                 |                                   |                    |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                             |                               |                                                                    |                      |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |    |         |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |                                 |                                   | SISTEMA DE ANCLAJE |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                             | CONTROL DE TRABAJO EN ALTURAS |                                                                    |                      |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |    |         |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
| SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | NO | N/A                             |                                   | SI                 | NO                           | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                             | SI                            | NO                                                                 | N/A                  |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |    |         |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                 | Definición del área               |                    |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Andamios                                    |                               |                                                                    |                      | ¿Se controla el acceso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre? |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |    |         |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                 | Apertura de seguridad             |                    |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Escalera                                    |                               |                                                                    |                      | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas u objetos de trabajo?                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |    |         |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                 | Verificación de puntos de anclaje |                    |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Forma de                                    |                               |                                                                    |                      | ¿Las condiciones medio ambiente son adecuadas para el desarrollo de la actividad?          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |    |         |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                 | Definición del área               |                    |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Una vez concluido                           |                               |                                                                    |                      | ¿Las herramientas y materiales cuentan con licencias y sellos?                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |    |         |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                 | Una vez concluido                 |                    |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                             |                               |                                                                    |                      | ¿Se identifican los peligros asociados al trabajo en alturas?                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |    |         |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                 | Trabajo en suspensión             |                    |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                             |                               |                                                                    |                      | ¿Cuenta con los EPPs requeridos?                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |    |         |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                 | Control de acceso                 |                    |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Procedimiento                               |                               |                                                                    |                      | ¿Se realizó inspección de EPPs?                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |    |         |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                 | Revisión                          |                    |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Revisión                                    |                               |                                                                    |                      | ¿Se verificó competencia de los trabajadores?                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |    |         |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                 | ¿Otras? ¿Cuáles?                  |                    |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Definición                                  |                               |                                                                    |                      | ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |    |         |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      |    |                                                                             |    |                                                                        |                                                                                    |                 |     |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----|--|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGUREROS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      |    | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                   |    |                                                                        | SI                                                                                 | NO              | N/A |  |
| Selección                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI                   | NO | Existen planes que indiquen la ubicación y profundidad a demoler            |    |                                                                        |                                                                                    |                 |     |  |
| Resaca                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                      |    | Pueden interrumpir los servicios para garantizar la ejecución del trabajo   |    |                                                                        |                                                                                    |                 |     |  |
| Barra de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                      |    | Se han establecido de trabajo con los alrededores y otros en buen estado    |    |                                                                        |                                                                                    |                 |     |  |
| Barra tipo anillo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |    | Acceso al área de trabajo                                                   |    |                                                                        |                                                                                    |                 |     |  |
| Cable de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                      |    | Se realicen los coordinamientos necesarios para comenzar el trabajo         |    |                                                                        |                                                                                    |                 |     |  |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                      |    | Se marquen aquellos puntos críticos donde se genere ruido para la ejecución |    |                                                                        |                                                                                    |                 |     |  |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |    | Se tomen las medidas necesarias para evitar los escombros de la zona        |    |                                                                        |                                                                                    |                 |     |  |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                      |    | USO DE CARGAS                                                               |    |                                                                        | SEGURO ENERGIAS PELIGROSAS                                                         |                 |     |  |
| ¿Se tiene en cuenta los dimensionales (alta, ancho, largo, peso, volumen) del material a cargar o mover?                                                                                                                                                                                                                                                             | SI                   | NO | SI                                                                          | NO | SI                                                                     | NO                                                                                 | N/A             |     |  |
| ¿Se realiza inspección pre operacional a los equipos de trabajo?                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                      |    |                                                                             |    | Autorización de oficial de bloqueo                                     |                                                                                    |                 |     |  |
| ¿Se verifica el estado de operación y seguridad antes de la ejecución del trabajo o operación?                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |    |                                                                             |    | Corte doble de las fuentes de energía                                  |                                                                                    |                 |     |  |
| ¿Se cuenta con extintor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |    |                                                                             |    | Bloqueo efectivo de las disposiciones de corte de la fuente de energía |                                                                                    |                 |     |  |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |    |                                                                             |    | ¿Se cuenta con medio de bloqueo?                                       |                                                                                    |                 |     |  |
| ¿Se utilizan marcapasos o herramientas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |    |                                                                             |    | Área señalada y aislada                                                |                                                                                    |                 |     |  |
| ¿Materiales y equipos adecuados?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                      |    |                                                                             |    | Se tienen identificadas las riesgos de la labor                        |                                                                                    |                 |     |  |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |    | SUSTANCIAS QUIMICAS                                                         |    |                                                                        | SI                                                                                 | NO              | N/A |  |
| ¿El área de trabajo al inicio y final está limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |    | SI                                                                          | NO | N/A                                                                    | SI                                                                                 | NO              | N/A |  |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos comerciales y peligrosos (pilas, gases, aceites, etc.)                                                                                                                                                                                                                                                     |                      |    |                                                                             |    |                                                                        | ¿Se cuenta con los ficheros de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? |                 |     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |    |                                                                             |    |                                                                        | ¿Las sustancias químicas los productos químicos y/o dispositivos                   |                 |     |  |
| Los datos obtenidos confirman que el área de trabajo se está realizando según que las precauciones de seguridad necesarias y se agotan de cumplimiento. Los operarios son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo establecidos en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente. |                      |    |                                                                             |    |                                                                        |                                                                                    |                 |     |  |
| RESPONSABLES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |    |                                                                             |    |                                                                        |                                                                                    |                 |     |  |
| CAPITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | NOMBRE Y APELLIDO    |    | CEDULA                                                                      |    | FIRMA DE APERTURA                                                      |                                                                                    | FIRMA DE CIERRE |     |  |
| PRESENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Dionisio Reyes       |    | 1002 461 522                                                                |    | [Firma]                                                                |                                                                                    | [Firma]         |     |  |
| USUR DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Hilmer Janner Roldán |    | 9396 938                                                                    |    | [Firma]                                                                |                                                                                    | [Firma]         |     |  |
| SET OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Karen Giron          |    | 1053601073                                                                  |    | [Firma]                                                                |                                                                                    | [Firma]         |     |  |

49

| DEMOLICIÓN                                                                                                          |  |  |                                                                           |  |  |                                                                                                |  |  |    |  |  |                                                                                  |  |  |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|----|--|--|----------------------------------------------------------------------------------|--|--|----|--|--|-----|--|--|--|--|--|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                         |  |  | CONDICIONES MÍNIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                 |  |  | SI                                                                                             |  |  | NO |  |  | N/A                                                                              |  |  |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| Bata/correa                                                                                                         |  |  | Usar planchas que indiquen la ubicación y profundidad a excavar           |  |  |                                                                                                |  |  |    |  |  |                                                                                  |  |  |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| Cascos                                                                                                              |  |  | Poner interrupción los servicios para garantizar la seguridad del trabajo |  |  |                                                                                                |  |  |    |  |  |                                                                                  |  |  |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| Botas de seguridad                                                                                                  |  |  | Los herramientas de trabajo son los adecuados y están en buen estado      |  |  |                                                                                                |  |  |    |  |  |                                                                                  |  |  |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| Correa tipo arnés                                                                                                   |  |  | Acceso al área de trabajo                                                 |  |  |                                                                                                |  |  |    |  |  |                                                                                  |  |  |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| Cinturón de seguridad                                                                                               |  |  | Se realizan las coordinaciones necesarias para controlar el trabajo       |  |  |                                                                                                |  |  |    |  |  |                                                                                  |  |  |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| Protección ocular                                                                                                   |  |  | La herramienta empleada cumple con las condiciones para la actividad      |  |  |                                                                                                |  |  |    |  |  |                                                                                  |  |  |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| Protección auditiva                                                                                                 |  |  | Se hacen las medidas necesarias para reducir los niveles de ruido         |  |  |                                                                                                |  |  |    |  |  |                                                                                  |  |  |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                 |  |  |                                                                           |  |  | USO DE CARGAS                                                                                  |  |  |    |  |  | BLOQUEO ENERGÍAS PELIGROSAS                                                      |  |  |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| SI                                                                                                                  |  |  | NO                                                                        |  |  | SI                                                                                             |  |  | NO |  |  | SI                                                                               |  |  | NO |  |  | N/A |  |  |  |  |  |
| ¿Las áreas designadas para trabajar en caliente están bien etiquetadas de conformidad?                              |  |  |                                                                           |  |  | ¿Se tiene en cuenta los elementos (pelo, aretes, lentes, pendientes) del personal a evaluar?   |  |  |    |  |  | Autorización de efectos de bloqueo                                               |  |  |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| ¿Se mandan trabajar guardas?                                                                                        |  |  |                                                                           |  |  | ¿Se realiza inspección por aproximación a los equipos de carga?                                |  |  |    |  |  | Corte de cables de las fuentes de energía                                        |  |  |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| ¿Cuenta con extintor?                                                                                               |  |  |                                                                           |  |  | ¿Las certificaciones de operador y asegurador están acorde a la capacidad del equipo a operar? |  |  |    |  |  | Etiquetas efectivas de los dispositivos de corte de la fuente de energía         |  |  |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| ¿Trabaja y calienta en buen estado?                                                                                 |  |  |                                                                           |  |  | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de carga?                                       |  |  |    |  |  | ¿Se cuenta con medio de bloqueo?                                                 |  |  |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| ¿Se inspecciona regularmente a los equipos?                                                                         |  |  |                                                                           |  |  | ¿Cuenta con equipos certificados, en buen estado y con sello de la autoridad?                  |  |  |    |  |  | Áreas señaladas y aisladas                                                       |  |  |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| ¿Operarios y equipos autorizados?                                                                                   |  |  |                                                                           |  |  | ¿Se cuenta con señal que para la maniobra de trabajo?                                          |  |  |    |  |  | Se tienen identificados los riesgos de la labor                                  |  |  |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                      |  |  |                                                                           |  |  | SUSTANCIAS QUÍMICAS                                                                            |  |  |    |  |  |                                                                                  |  |  |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| SI                                                                                                                  |  |  | NO                                                                        |  |  | SI                                                                                             |  |  | NO |  |  | SI                                                                               |  |  | NO |  |  | N/A |  |  |  |  |  |
| ¿El área de trabajo al estar y final está limpia y ordenada?                                                        |  |  |                                                                           |  |  |                                                                                                |  |  |    |  |  | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de los materiales utilizados en el sitio? |  |  |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convenientes y etiquetados (residuos, gases, arena, etc.) |  |  |                                                                           |  |  |                                                                                                |  |  |    |  |  | ¿Los materiales químicos se encuentran etiquetados y etiquetados                 |  |  |    |  |  |     |  |  |  |  |  |

Los datos personales contenidos en el área de trabajo son confidenciales y no deben ser divulgados. Los datos personales son responsabilidad del personal y se aplican los procedimientos de trabajo correspondientes en este sentido, por tanto, se prohíbe a los operarios del trabajo, bajo una supervisión permanente.

CONSEJERÍA DE SEGURIDAD

| CARGO             | NOMBRE Y APELLIDO | CÉDULA     | FIRMA DE APERTURA | FIRMA DE CIERRE |
|-------------------|-------------------|------------|-------------------|-----------------|
| RESIDENTE DE OBRA | Durán Reyes       | 1002461522 | <i>[Firma]</i>    | <i>[Firma]</i>  |
| USO DE OBRA       | Hermes Jairo Páez | 91396438   | <i>[Firma]</i>    | <i>[Firma]</i>  |
| DET OBRA          | Karen Giron       | 1057604023 | <i>[Firma]</i>    | <i>[Firma]</i>  |



| SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO                                  |                                |                 |                             |                       |                              |                                           |                                       |                                                                    |                                                                                                              | CÓDIGO: SST-CGAP-01                          |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------------|------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------|
| FORMATO PERMISO DE TRABAJO                                                             |                                |                 |                             |                       |                              |                                           |                                       |                                                                    |                                                                                                              | VERSIÓN: 01                                  |       |
| Ejemplo: Construcción                                                                  |                                |                 |                             |                       |                              |                                           |                                       |                                                                    |                                                                                                              | Aprobado: Representante legal                |       |
| CENTRO DE TRABAJO                                                                      | ÁREA / LUGAR                   | FECHA DE INICIO | HORA DE INICIO              | FECHA DE FINALIZACIÓN | HORA FINAL                   | TIPO DE TRABAJO                           | FECHA DE TRABAJO                      | RESPONSABLE                                                        |                                                                                                              |                                              |       |
| Datuma                                                                                 | Construcción                   | 01-02-26        | 2:00                        | 01-02-26              | 5:00 PM                      | NO TRABAJO                                | NO TRABAJO                            | Juan Pérez                                                         |                                                                                                              |                                              |       |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD                                                            | Montaje de estructura metálica |                 |                             |                       |                              | ¿LA ACTIVIDAD ES DE ALTA RIESGO?          |                                       | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                                              |                                              |       |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR                                                      | Herramienta manual             |                 |                             |                       |                              | ¿SE ENCONTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO? |                                       | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                                                                                              |                                              |       |
| TRABAJADORES AUTORIZADOS                                                               |                                |                 |                             |                       |                              | REQUERIMIENTO DE APTITUD                  |                                       |                                                                    |                                                                                                              |                                              |       |
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES IDENTIFICACION                                              |                                | CARGO           | Sistema de control de salud |                       | Seguridad social obligatoria |                                           | ¿Están capacitados para la actividad? |                                                                    | ¿Indicador de presencia en actividades de producción personal y empresa que se encuentran aptos para su uso? |                                              | Firma |
|                                                                                        |                                |                 | SI                          | NO                    | SI                           | NO                                        | SI                                    | NO                                                                 | SI                                                                                                           | NO                                           |       |
| Johana Ortiz                                                                           |                                | As. Oco         |                             |                       |                              |                                           |                                       |                                                                    |                                                                                                              |                                              |       |
| Miguel Alejandro Salazar                                                               |                                | As              |                             |                       |                              |                                           |                                       |                                                                    |                                                                                                              |                                              |       |
| Luis Alejandro Vega                                                                    |                                | As              |                             |                       |                              |                                           |                                       |                                                                    |                                                                                                              |                                              |       |
| Damián Cruz                                                                            |                                | As              |                             |                       |                              |                                           |                                       |                                                                    |                                                                                                              |                                              |       |
| Karen Giron                                                                            |                                | Asistente       |                             |                       |                              |                                           |                                       |                                                                    |                                                                                                              |                                              |       |
| Javier Adara                                                                           |                                | Maestro         |                             |                       |                              |                                           |                                       |                                                                    |                                                                                                              |                                              |       |
| Damián Horta                                                                           |                                | As              |                             |                       |                              |                                           |                                       |                                                                    |                                                                                                              |                                              |       |
| Damián Rojas                                                                           |                                | Presidente      |                             |                       |                              |                                           |                                       |                                                                    |                                                                                                              |                                              |       |
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                            |                                |                 |                             |                       |                              |                                           |                                       |                                                                    |                                                                                                              |                                              |       |
| Quitar de seguridad                                                                    |                                | SI              | NO                          | Mantener              |                              | SI                                        | NO                                    | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS (seleccionar según corresponda)         |                                                                                                              |                                              |       |
| Protección facial                                                                      |                                |                 |                             | Mantener              |                              |                                           |                                       | ¿Se requiere el uso de equipo de protección personal?              |                                                                                                              |                                              |       |
| Botas de seguridad                                                                     |                                |                 |                             | Mantener              |                              |                                           |                                       | ¿Se requiere el uso de equipo de protección personal?              |                                                                                                              |                                              |       |
| Quitar de seguridad                                                                    |                                |                 |                             | Mantener              |                              |                                           |                                       | ¿Se requiere el uso de equipo de protección personal?              |                                                                                                              |                                              |       |
| Quitar de seguridad                                                                    |                                |                 |                             | Mantener              |                              |                                           |                                       | ¿Se requiere el uso de equipo de protección personal?              |                                                                                                              |                                              |       |
| Quitar de seguridad                                                                    |                                |                 |                             | Mantener              |                              |                                           |                                       | ¿Se requiere el uso de equipo de protección personal?              |                                                                                                              |                                              |       |
| A CONTINUACIÓN VERIFICAR LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGUN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |                                |                 |                             |                       |                              |                                           |                                       |                                                                    |                                                                                                              |                                              |       |
| TRABAJO EN ALTURAS                                                                     |                                |                 |                             |                       |                              |                                           |                                       |                                                                    |                                                                                                              |                                              |       |
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN                                                                  |                                | SI              | NO                          | N/A                   | SISTEMA DE ANCLAJE           |                                           | SI                                    | NO                                                                 | N/A                                                                                                          | Control Trabajo en Alturas                   |       |
| Distribución del área                                                                  |                                |                 |                             |                       | Anclaje                      |                                           |                                       |                                                                    |                                                                                                              | ¿Se controla el tiempo de trabajo en altura? |       |
| Ayuda de seguridad                                                                     |                                |                 |                             |                       | Cable                        |                                           |                                       |                                                                    |                                                                                                              | ¿Se controla el tiempo de trabajo en altura? |       |
| Verificación de punto de anclaje                                                       |                                |                 |                             |                       | Cable                        |                                           |                                       |                                                                    |                                                                                                              | ¿Se controla el tiempo de trabajo en altura? |       |
| Definición del área                                                                    |                                |                 |                             |                       | Cable                        |                                           |                                       |                                                                    |                                                                                                              | ¿Se controla el tiempo de trabajo en altura? |       |
| Línea de advertencia                                                                   |                                |                 |                             |                       | Cable                        |                                           |                                       |                                                                    |                                                                                                              | ¿Se controla el tiempo de trabajo en altura? |       |
| Trabajo en suspensión                                                                  |                                |                 |                             |                       | Cable                        |                                           |                                       |                                                                    |                                                                                                              | ¿Se controla el tiempo de trabajo en altura? |       |
| Control de acceso                                                                      |                                |                 |                             |                       | Cable                        |                                           |                                       |                                                                    |                                                                                                              | ¿Se controla el tiempo de trabajo en altura? |       |
| Señalización                                                                           |                                |                 |                             |                       | Cable                        |                                           |                                       |                                                                    |                                                                                                              | ¿Se controla el tiempo de trabajo en altura? |       |
| ¿Otros? ¿Cuáles?                                                                       |                                |                 |                             |                       | Cable                        |                                           |                                       |                                                                    |                                                                                                              | ¿Se controla el tiempo de trabajo en altura? |       |

| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      | CONOCIMIENTOS REQUERIDOS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD |                                                                                                        | SI                          | NO                                                                                 | N/A |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Calzado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SI                   | NO                                                  | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                       |                             |                                                                                    |     |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |                                                     | Fueron suministrados los servicios para garantizar la seguridad del trabajo                            |                             |                                                                                    |     |
| Casco tipo casco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                      |                                                     | Los herramientas de trabajo son los adecuados y están en buen estado                                   |                             |                                                                                    |     |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |                                                     | Acceso al área fue restringido                                                                         |                             |                                                                                    |     |
| Protección ocular                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                                                     | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                   |                             |                                                                                    |     |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                      |                                                     | La maquinaria cumple normas con las condiciones para la operación                                      |                             |                                                                                    |     |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                                                     | Se tomaron las medidas necesarias para evitar los accidentes de la zona                                |                             |                                                                                    |     |
| FERRALLADO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      | SAQUE DE CARGAS                                     |                                                                                                        | BLOQUEO ENERGÍAS PELIGROSAS |                                                                                    |     |
| ¿Se usó el equipo de protección personal (EPP) adecuado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | SI                   | NO                                                  | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material a cargar o mover? | SI                          | NO                                                                                 | N/A |
| ¿Se usó el equipo de protección personal (EPP) adecuado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |                                                     | ¿Se realizó inspección pre-operacional a los equipos de trabajo?                                       |                             |                                                                                    |     |
| ¿Cuenta con equipo?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                      |                                                     | ¿Se verificó el estado de operador y asegurador antes de la operación del equipo o sistema?            |                             |                                                                                    |     |
| ¿Equipos y sistemas en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                      |                                                     | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de carga?                                               |                             |                                                                                    |     |
| ¿Se realizaron inspecciones o monitoreos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                                                     | ¿Cuenta con aperturas verificadas, en buen estado y bien aisladas a la actividad?                      |                             |                                                                                    |     |
| ¿Monitoreos y medidas adicionales?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |                                                     | ¿Se cuenta con el plan para la multiplicación de carga?                                                |                             |                                                                                    |     |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      | SUSTANCIAS QUÍMICAS                                 |                                                                                                        | SI                          | NO                                                                                 | N/A |
| ¿El área de trabajo es segura y libre de riesgos y obstáculos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      | SI                                                  | NO                                                                                                     | N/A                         | SI                                                                                 | NO  |
| Se cuenta con respaldos para almacenamiento de residuos generados y peligrosos (residuos químicos, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                                |                      |                                                     |                                                                                                        |                             | ¿Se cuenta con los ficheros de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                      |                                                     |                                                                                                        |                             | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y etiquetadas?                    |     |
| <p>Los datos firmados confirman que el área de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se ejecutó en cumplimiento. Los operarios son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente.</p> |                      |                                                     |                                                                                                        |                             |                                                                                    |     |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                                                     |                                                                                                        |                             |                                                                                    |     |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | NOMBRE Y APELLIDO    | CÉDULA                                              | FIRMA DE APERTURA                                                                                      | FIRMA DE CIERRE             |                                                                                    |     |
| ESTUDIANTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Daniel Rayo          | 100246752                                           |                                                                                                        |                             |                                                                                    |     |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Armando José Pedraza | 91396979                                            |                                                                                                        |                             |                                                                                    |     |
| SEY OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Karen Eron           | 1059604023                                          |                                                                                                        |                             |                                                                                    |     |



53





55

| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |            |                                                                                                         |                 |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, EQUIPOS DE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |            | CONDICIONES MÍNIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                               |                 |    |
| Selección                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SI                  | NO         | SI                                                                                                      | NO              | NA |
| ¿Gafas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |            | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                        |                 |    |
| ¿Botas de seguridad?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |            | Puente atornillado los seniles para garantizar la fijación del trabajo                                  |                 |    |
| ¿Cinturón de seguridad?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |            | Los herramientas de trabajo son las adecuadas y están en buen estado                                    |                 |    |
| ¿Protección auditiva?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |            | Acceso al área sin restricciones                                                                        |                 |    |
| ¿Protección facial?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |            | Se realizan las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                      |                 |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |            | La maquinaria empleada cumple con las condiciones aptas para la operación                               |                 |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |            | Se toman las medidas necesarias para cubrir los accidentes de la zona                                   |                 |    |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |            | BLOQUEO ENERGIAS PELIGROSAS                                                                             |                 |    |
| SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | NO                  | SI         | NO                                                                                                      | NA              | NA |
| ¿Los áreas peligrosas para el trabajo se cubren con una zona de seguridad de seguridad?                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |            | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material a excavar o mover? |                 |    |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |            | ¿Se realiza inspección pre-operacional a los equipos de trabajo?                                        |                 |    |
| ¿Cuenta con extintor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |            | ¿Se certifica de operador y operador antes de iniciar a la actividad del equipo a operar?               |                 |    |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |            | ¿Se verifican todos y cada uno de los puntos de trabajo?                                                |                 |    |
| ¿Se prohíben fumar o beber?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |            | ¿Cuenta con equipos certificados, en buen estado y con acuerdo a la actividad?                          |                 |    |
| ¿Materiales y equipos adecuados?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |            | ¿Se cuenta con todos los datos de los materiales?                                                       |                 |    |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |            | SUSTANCIAS QUÍMICAS                                                                                     |                 |    |
| SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | NO                  | NA         | SI                                                                                                      | NO              | NA |
| ¿El área de trabajo al inicio y final está limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |            | ¿Se cuenta con los datos de seguridad de los materiales utilizados en el sitio?                         |                 |    |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos generados y peligrosos (residuos grasos, aceites, etc.)                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |            | ¿Las sustancias químicas se almacenan correctamente y/o etiquetadas?                                    |                 |    |
| Los datos firmados confirman que el área de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad involucradas y se cumplen en cumplimiento. Los datos firmados son responsables por cumplir y aplicar las procedimientos seguros de trabajo relacionados en esta permitencia, por tanto, se autoriza la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente. |                     |            |                                                                                                         |                 |    |
| FIRMANTE/OTROS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |            |                                                                                                         |                 |    |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | NOMBRE Y APELLIDO   | CÉDULA     | FIRMA DE APERTURA                                                                                       | FIRMA DE CIERRE |    |
| RESPONSABLE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Dwain Royer         | 1002461522 |                                                                                                         |                 |    |
| MAESTRO DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Hermano Pina Pineda | 91346431   |                                                                                                         |                 |    |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Karen Giron         | 1059601023 |                                                                                                         |                 |    |



57

| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                        |                                                                                                           |            |  |                   |  |                 |    |                                                                                                                                                                                                               |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--|-------------------|--|-----------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                        | CONDICIONES MÍNIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                                 |            |  | SI                |  |                 | NO |                                                                                                                                                                                                               |  | N/A |  |  |  |  |  |  |  |
| Batachona                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                        | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                          |            |  |                   |  |                 |    |                                                                                                                                                                                                               |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| Cascos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                        | Paseo interrumpido los servicios para permitir la ejecución del trabajo                                   |            |  |                   |  |                 |    |                                                                                                                                                                                                               |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| Bates de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                        | Los trabajadores de trabajo con los adecuados y están en buen estado                                      |            |  |                   |  |                 |    |                                                                                                                                                                                                               |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| Cables de acero                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                        | Acceso al área de trabajo                                                                                 |            |  |                   |  |                 |    |                                                                                                                                                                                                               |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| Cables de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                        | Se realizan los correspondientes recorridos para controlar el trabajo                                     |            |  |                   |  |                 |    |                                                                                                                                                                                                               |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                        | Se mantiene suficiente espacio con las condiciones aguas para la ejecución                                |            |  |                   |  |                 |    |                                                                                                                                                                                                               |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                        | Se toman las medidas necesarias para evitar los escombros de la zona                                      |            |  |                   |  |                 |    |                                                                                                                                                                                                               |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| RIESGOS DE CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                        | FUENTE DE CALIENTE                                                                                        |            |  | SI                |  |                 | NO |                                                                                                                                                                                                               |  | N/A |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Se están utilizando para trabajos en caliente soldadura, corte, soldadura, etc.?                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                        | ¿Se tiene en cuenta los dimensionados (alta, ancho, largo, peso, volumen) del material a excavar o mover? |            |  |                   |  |                 |    |                                                                                                                                                                                                               |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                        | ¿Se realiza inspección por oportunidad a los equipos de trabajo?                                          |            |  |                   |  |                 |    |                                                                                                                                                                                                               |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Cuentan con extintor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                        | ¿Un certificado de operador y operador están acorde a la capacidad del equipo a operar?                   |            |  |                   |  |                 |    |                                                                                                                                                                                                               |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Equipos o partes en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                        | ¿Se verifican todos y cada uno de los puntos de apoyo?                                                    |            |  |                   |  |                 |    |                                                                                                                                                                                                               |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Se incluyen mantas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                        | ¿Cuenta con suficiente ventilación, en buen estado y sin obstrucciones a la actividad?                    |            |  |                   |  |                 |    |                                                                                                                                                                                                               |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Materiales y equipos adecuados?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                        | ¿Se cuenta con todo para la maniobra/demolición?                                                          |            |  |                   |  |                 |    |                                                                                                                                                                                                               |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                        |                                                                                                           |            |  |                   |  |                 |    | SUSTANCIAS QUÍMICAS                                                                                                                                                                                           |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿El área de trabajo al inicio y final está limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                        |                                                                                                           |            |  |                   |  |                 |    | ¿Se cuenta con los datos de seguridad de los materiales almacenados en el sitio?                                                                                                                              |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos generados y peligrosos (aceites, grasas, etc.)                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                        |                                                                                                           |            |  |                   |  |                 |    | ¿Se cuentan con los datos de seguridad de los materiales almacenados en el sitio?                                                                                                                             |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| Las etapas demoliciones realizadas que al inicio de trabajo se debe verificar el tipo que las prevenciones de seguridad necesarias y se aplican de cumplimiento. Las demoliciones son responsables por controlar y aplicar las prevenciones según de trabajo relacionados en este formato, por tanto, no autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente. |  |                        |                                                                                                           |            |  |                   |  |                 |    | Las demoliciones son responsables por controlar y aplicar las prevenciones según de trabajo relacionados en este formato, por tanto, no autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente. |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                        |                                                                                                           |            |  |                   |  |                 |    |                                                                                                                                                                                                               |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | NOMBRE Y APELLIDO      |                                                                                                           | CEDULA     |  | FIRMA DE APERTURA |  | FIRMA DE CIERRE |    |                                                                                                                                                                                                               |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| RESPONDE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | Duvan Rayel            |                                                                                                           | 1002461522 |  | [Firma]           |  | [Firma]         |    |                                                                                                                                                                                                               |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| MAESTRO DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Harner Jairo Rodriguez |                                                                                                           | 41396411   |  | [Firma]           |  | [Firma]         |    |                                                                                                                                                                                                               |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| EOT OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | Karen Giron            |                                                                                                           | 1057604023 |  | [Firma]           |  | [Firma]         |    |                                                                                                                                                                                                               |  |     |  |  |  |  |  |  |  |

| SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO                                     |                                   |                 |              |                               |            |                                         |              |                                                                    |  | CÓDIGO: SST-CSP-01-01                                                                                           |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------|-------------------------------|------------|-----------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| FORMATO PERMISO DE TRABAJO                                                             |                                   |                 |              |                               |            |                                         |              |                                                                    |  | VERSIÓN: 04                                                                                                     |  |
| Elaboró: Consultor en                                                                  |                                   |                 |              |                               |            |                                         |              |                                                                    |  | Aprobó: Representante legal                                                                                     |  |
| Página 1 de 2                                                                          |                                   |                 |              |                               |            |                                         |              |                                                                    |  |                                                                                                                 |  |
| CENTRO DE TRABAJO                                                                      | AREA/LUGAR                        | FECHA DE EMPEZO | FECHA DE FIN | FECHA DE REALIZACIÓN          | HORA FINAL | TIPO DE TRABAJO                         | RESPONSABLE  |                                                                    |  |                                                                                                                 |  |
| Durán                                                                                  | Sena                              | 13.01.2020      | 13.01.2020   | 13.01.2020                    | 15:00 PM   | NO PLUTINARIO Y                         | Javier Pérez |                                                                    |  |                                                                                                                 |  |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD                                                            | Mantenimiento de baterías sonoras |                 |              |                               |            | ¿LA ACTIVIDAD SE REALIZA EN ALTURA?     |              | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |  |                                                                                                                 |  |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR                                                      | Herramienta menor                 |                 |              |                               |            | ¿SE EMPLEAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO? |              | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |  |                                                                                                                 |  |
| TRABAJADORES AUTORIZADOS                                                               |                                   |                 |              |                               |            | REQUIREMIENTO DE APTITUD                |              |                                                                    |  |                                                                                                                 |  |
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES IDENTIFICACION                                              |                                   | CARGO           |              | Opciones condiciones de salud |            | Seguridad social vigente                |              | ¿Están capacitados para la actividad?                              |  | Si trabajador experimentado con experiencia de prácticas personal y asegura que no necesitará apoyo para el uso |  |
|                                                                                        |                                   |                 |              | SI NO                         |            | SI NO                                   |              | SI NO                                                              |  | SI NO                                                                                                           |  |
| Karen Giron                                                                            |                                   | Dependiente JST |              | ✓                             |            | ✓                                       |              | ✓                                                                  |  | ✓                                                                                                               |  |
| Hernan Javier Padraza                                                                  |                                   | Muestr          |              | ✓                             |            | ✓                                       |              | ✓                                                                  |  | ✓                                                                                                               |  |
| Luis de Jesus Ortiz Alvarado                                                           |                                   | Aux Obi         |              | ✓                             |            | ✓                                       |              | ✓                                                                  |  | ✓                                                                                                               |  |
| Luis Alejandro Vega                                                                    |                                   | Aux             |              | ✓                             |            | ✓                                       |              | ✓                                                                  |  | ✓                                                                                                               |  |
| Ramon Reyes                                                                            |                                   | Dependiente O   |              | X                             |            | X                                       |              | X                                                                  |  | X                                                                                                               |  |
| Ramon Herrera                                                                          |                                   | Muestr          |              | ✓                             |            | ✓                                       |              | ✓                                                                  |  | ✓                                                                                                               |  |
| Muel Alvarado Luján                                                                    |                                   | Aux Obi         |              | ✓                             |            | ✓                                       |              | ✓                                                                  |  | ✓                                                                                                               |  |
| Ramon Paz                                                                              |                                   | Muestr          |              | ✓                             |            | ✓                                       |              | ✓                                                                  |  | ✓                                                                                                               |  |
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                            |                                   |                 |              |                               |            |                                         |              |                                                                    |  |                                                                                                                 |  |
| Cascos de seguridad                                                                    |                                   |                 |              | SI NO                         |            |                                         |              | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS (seleccione según corresponda)          |  |                                                                                                                 |  |
| Protección auditiva                                                                    |                                   |                 |              | SI NO                         |            |                                         |              | ¿Hay riesgo de impacto en movimiento?                              |  |                                                                                                                 |  |
| Botas de seguridad                                                                     |                                   |                 |              | SI NO                         |            |                                         |              | ¿Hay riesgo de carga suspendida?                                   |  |                                                                                                                 |  |
| Guantes de seguridad                                                                   |                                   |                 |              | SI NO                         |            |                                         |              | ¿Hay riesgo de contacto con energías eléctricas?                   |  |                                                                                                                 |  |
| Vestimenta de seguridad                                                                |                                   |                 |              | SI NO                         |            |                                         |              | ¿Hay riesgo de contacto con energías eléctricas?                   |  |                                                                                                                 |  |
| Otras medidas de seguridad                                                             |                                   |                 |              | SI NO                         |            |                                         |              | ¿Hay riesgo de contacto con energías eléctricas?                   |  |                                                                                                                 |  |
| A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGÚN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |                                   |                 |              |                               |            |                                         |              |                                                                    |  |                                                                                                                 |  |
| TRABAJO EN ALTURAS                                                                     |                                   |                 |              |                               |            |                                         |              |                                                                    |  |                                                                                                                 |  |
| MEDIDAS DE PROTECCIÓN                                                                  |                                   |                 |              | SI NO                         |            |                                         |              | SI NO                                                              |  |                                                                                                                 |  |
| Delimitación del área                                                                  |                                   |                 |              | SI NO                         |            |                                         |              | ¿Hay riesgo de contacto con energías eléctricas?                   |  |                                                                                                                 |  |
| Ayudante de seguridad                                                                  |                                   |                 |              | SI NO                         |            |                                         |              | ¿Hay riesgo de contacto con energías eléctricas?                   |  |                                                                                                                 |  |
| Verificación de punto de anclaje                                                       |                                   |                 |              | SI NO                         |            |                                         |              | ¿Hay riesgo de contacto con energías eléctricas?                   |  |                                                                                                                 |  |
| Delimitación del área                                                                  |                                   |                 |              | SI NO                         |            |                                         |              | ¿Hay riesgo de contacto con energías eléctricas?                   |  |                                                                                                                 |  |
| Línea de advertencia                                                                   |                                   |                 |              | SI NO                         |            |                                         |              | ¿Hay riesgo de contacto con energías eléctricas?                   |  |                                                                                                                 |  |
| Trabajo en suspensión                                                                  |                                   |                 |              | SI NO                         |            |                                         |              | ¿Hay riesgo de contacto con energías eléctricas?                   |  |                                                                                                                 |  |
| Control de acceso                                                                      |                                   |                 |              | SI NO                         |            |                                         |              | ¿Hay riesgo de contacto con energías eléctricas?                   |  |                                                                                                                 |  |
| Señalización                                                                           |                                   |                 |              | SI NO                         |            |                                         |              | ¿Hay riesgo de contacto con energías eléctricas?                   |  |                                                                                                                 |  |
| ¿Otros? ¿Cuáles?                                                                       |                                   |                 |              | SI NO                         |            |                                         |              | ¿Hay riesgo de contacto con energías eléctricas?                   |  |                                                                                                                 |  |



| VERIFICACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |                                                           |             |                                                                                 |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD |             |                                                                                 |                 |
| Selección                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SI                   | NO                                                        | SI          | NO                                                                              | NEA             |
| Quinta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | /                    |                                                           |             |                                                                                 |                 |
| Salvo de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | /                    |                                                           |             |                                                                                 |                 |
| Casco tipo casco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | /                    |                                                           |             |                                                                                 |                 |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | /                    |                                                           |             |                                                                                 |                 |
| Protección ocular                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | /                    |                                                           |             |                                                                                 |                 |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | /                    |                                                           |             |                                                                                 |                 |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                      | USAR EN CASILLAS                                          |             | REQUERIMIENTOS DEL USUARIO                                                      |                 |
| ¿Se tiene el casco de protección (pelo, ancho, peso, volumen) del material o equipo a manejar?                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | /                    |                                                           |             | Adaptación de casco de protección                                               |                 |
| ¿Se realiza inspección pre-operacional a los equipos de trabajo?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | /                    |                                                           |             | Corte de cables de las fuentes de energía                                       |                 |
| ¿Cuanto con orden?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | /                    |                                                           |             | Equipos eléctricos de los dispositivos de corte de la fuente de energía         |                 |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | /                    |                                                           |             | ¿Se cuenta con medio de bloqueo?                                                | /               |
| ¿Se inspeccionan, reparan o reemplazan?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | /                    |                                                           |             | Áreas confinadas y aisladas                                                     |                 |
| ¿Se trabaja y se maneja material?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | /                    |                                                           |             | Se tienen identificadas las fuentes de la labor                                 |                 |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                      | BI                                                        |             | NO                                                                              |                 |
| ¿El área de trabajo al inicio y final está limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | /                    |                                                           |             | ¿Se cuenta con los datos de seguridad de los materiales utilizados en el sitio? |                 |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos contaminantes y peligrosos (sólidos, líquidos, gases)                                                                                                                                                                                                                                                                                    | /                    |                                                           |             | ¿Los trabajadores utilizan un equipo de protección personal adecuado?           | /               |
| Las abajo firmantes confirman que el área de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aplican los procedimientos. Los operadores son responsables por mantener y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se adhieren a la actividad en la ejecución del trabajo, todo esto sujeto a las disposiciones. |                      |                                                           |             |                                                                                 |                 |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                      |                                                           |             |                                                                                 |                 |
| CAPAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NOMBRE Y APELLIDO    |                                                           | CEDULA      | FIRMA DE APERTURA                                                               | FIRMA DE CIERRE |
| RECIENDE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Duván Reyes          |                                                           | 1002 461522 | <i>[Firma]</i>                                                                  | <i>[Firma]</i>  |
| USAR DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Hernán Jarama Arango |                                                           | 9396938     | <i>[Firma]</i>                                                                  | <i>[Firma]</i>  |
| SEY OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Karen Girón          |                                                           | 1059609-023 | <i>[Firma]</i>                                                                  | <i>[Firma]</i>  |

| SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO                                     |                                      |                          |                          |                                     |                                                           |                                               |                                                                                             |                                                                    |                                                                                                | FORMA 001-2010                      |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| FORMATO PERIODO DE TRABAJO                                                             |                                      |                          |                          |                                     |                                                           |                                               |                                                                                             |                                                                    |                                                                                                | Página 1 de 1                       |                          |
| Elaboró: Consultor sat                                                                 |                                      |                          |                          |                                     |                                                           |                                               |                                                                                             |                                                                    |                                                                                                | Aprobó: Representante legal         |                          |
| CENTRO DE TRABAJO                                                                      | AREA/LUGAR                           | FECHA DE INICIO          | FECHA DE FIN             | FECHA DE FINALIZACIÓN               | HORA FINAL                                                | TIPO DE TRABAJO                               | PLAZUARIO                                                                                   | RESPONSABLE                                                        |                                                                                                |                                     |                          |
| Dediana                                                                                | Sena                                 | 14/01/2010               | 14/01/2010               | 04:25                               | 5:00 PM                                                   | NO ESTUVO                                     | JOSE                                                                                        | ARJONA                                                             |                                                                                                |                                     |                          |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD                                                            | Mantenimiento de baterías sanitarias |                          |                          |                                     |                                                           | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO?       |                                                                                             | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                                                                                |                                     |                          |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR                                                      | Herramienta manual                   |                          |                          |                                     |                                                           | ¿SE ENCONTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO?     |                                                                                             | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                                                                                |                                     |                          |
| TRABAJADORES AUTORIZADOS                                                               |                                      |                          |                          |                                     |                                                           | REQUERIMIENTO DE APTITUD                      |                                                                                             |                                                                    |                                                                                                |                                     |                          |
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES IDENTIFICACION                                              |                                      |                          |                          | CARGO                               | Opciones condiciones de salud                             | Regulación moral rigidez                      | ¿Están capacitados para la actividad?                                                       |                                                                    | Si el trabajador sufre de problemas de salud o enfermedades que no permitan su uso para su uso |                                     | Primo                    |
|                                                                                        |                                      |                          |                          |                                     | SI NO                                                     | SI NO                                         | SI NO                                                                                       | SI NO                                                              | SI NO                                                                                          |                                     |                          |
| 1. Hume Jairo Polanco                                                                  |                                      |                          |                          | Huerto                              | <input checked="" type="checkbox"/>                       | <input checked="" type="checkbox"/>           | <input checked="" type="checkbox"/>                                                         | <input checked="" type="checkbox"/>                                | <input checked="" type="checkbox"/>                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | 9840                     |
| 2. Damián Danilo Reyes F.                                                              |                                      |                          |                          | Receptor O.                         | <input checked="" type="checkbox"/>                       | <input checked="" type="checkbox"/>           | <input checked="" type="checkbox"/>                                                         | <input checked="" type="checkbox"/>                                | <input checked="" type="checkbox"/>                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | 9840                     |
| 3. Karen Giron                                                                         |                                      |                          |                          | Receptor O.                         | <input checked="" type="checkbox"/>                       | <input checked="" type="checkbox"/>           | <input checked="" type="checkbox"/>                                                         | <input checked="" type="checkbox"/>                                | <input checked="" type="checkbox"/>                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | 9840                     |
| 4. Ismael Jhonatan Ortiz Alvarez                                                       |                                      |                          |                          | As. Asa                             | <input checked="" type="checkbox"/>                       | <input checked="" type="checkbox"/>           | <input checked="" type="checkbox"/>                                                         | <input checked="" type="checkbox"/>                                | <input checked="" type="checkbox"/>                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | 9840                     |
| 5. Luis Alejandro Vega                                                                 |                                      |                          |                          | Aux                                 | <input checked="" type="checkbox"/>                       | <input checked="" type="checkbox"/>           | <input checked="" type="checkbox"/>                                                         | <input checked="" type="checkbox"/>                                | <input checked="" type="checkbox"/>                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | Luis Vega                |
| 6. Manuel Alejandro Salamanca                                                          |                                      |                          |                          | Asa                                 | <input checked="" type="checkbox"/>                       | <input checked="" type="checkbox"/>           | <input checked="" type="checkbox"/>                                                         | <input checked="" type="checkbox"/>                                | <input checked="" type="checkbox"/>                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | Manuel                   |
| 7.                                                                                     |                                      |                          |                          |                                     |                                                           |                                               |                                                                                             |                                                                    |                                                                                                |                                     |                          |
| 8.                                                                                     |                                      |                          |                          |                                     |                                                           |                                               |                                                                                             |                                                                    |                                                                                                |                                     |                          |
| 9.                                                                                     |                                      |                          |                          |                                     |                                                           |                                               |                                                                                             |                                                                    |                                                                                                |                                     |                          |
| 10.                                                                                    |                                      |                          |                          |                                     |                                                           |                                               |                                                                                             |                                                                    |                                                                                                |                                     |                          |
| 11.                                                                                    |                                      |                          |                          |                                     |                                                           |                                               |                                                                                             |                                                                    |                                                                                                |                                     |                          |
| 12.                                                                                    |                                      |                          |                          |                                     |                                                           |                                               |                                                                                             |                                                                    |                                                                                                |                                     |                          |
| 13.                                                                                    |                                      |                          |                          |                                     |                                                           |                                               |                                                                                             |                                                                    |                                                                                                |                                     |                          |
| 14.                                                                                    |                                      |                          |                          |                                     |                                                           |                                               |                                                                                             |                                                                    |                                                                                                |                                     |                          |
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                            |                                      |                          |                          |                                     |                                                           |                                               |                                                                                             |                                                                    |                                                                                                |                                     |                          |
| Quedarse de cualquier                                                                  | SI                                   | NO                       | SI                       | NO                                  | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS (seleccione según corresponda) |                                               |                                                                                             |                                                                    |                                                                                                |                                     |                          |
| Protección facial                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | Manguitos                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                  | ¿Se utiliza el equipo de protección personal? |                                                                                             | ¿Se utiliza el equipo de protección personal?                      |                                                                                                |                                     |                          |
| Bata de seguridad                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | Guantes                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                  | ¿Se utiliza el equipo de protección personal? |                                                                                             | ¿Se utiliza el equipo de protección personal?                      |                                                                                                |                                     |                          |
| Casaca de seguridad                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | Casco                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                  | ¿Se utiliza el equipo de protección personal? |                                                                                             | ¿Se utiliza el equipo de protección personal?                      |                                                                                                |                                     |                          |
| Calzado de seguridad                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | Botas de seguridad       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                  | ¿Se utiliza el equipo de protección personal? |                                                                                             | ¿Se utiliza el equipo de protección personal?                      |                                                                                                |                                     |                          |
| Quedarse de cualquier                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | Botas de seguridad       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                  | ¿Se utiliza el equipo de protección personal? |                                                                                             | ¿Se utiliza el equipo de protección personal?                      |                                                                                                |                                     |                          |
| Quedarse de cualquier                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | Botas de seguridad       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                  | ¿Se utiliza el equipo de protección personal? |                                                                                             | ¿Se utiliza el equipo de protección personal?                      |                                                                                                |                                     |                          |
| A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGUN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |                                      |                          |                          |                                     |                                                           |                                               |                                                                                             |                                                                    |                                                                                                |                                     |                          |
| TRABAJO EN ALTURAS                                                                     |                                      |                          |                          |                                     |                                                           |                                               |                                                                                             |                                                                    |                                                                                                |                                     |                          |
| Medidas de protección                                                                  | SI                                   | NO                       | NO                       | SI                                  | NO                                                        | NO                                            | Control Trabajo en Alturas                                                                  |                                                                    | SI                                                                                             | NO                                  | NO                       |
| Delimitación del área                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Andamios                            | <input checked="" type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                      | ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre? |                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Asistencia de seguridad                                                                | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Escaleras                           | <input checked="" type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                      | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas o objetos de trabajo?                       |                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Verificación de partes de trabajo                                                      | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Escaleras                           | <input checked="" type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                      | ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?        |                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Delimitación del área                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gras con cables                     | <input checked="" type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                      | ¿Las escaleras y pasarelas cuentan con barandales y mamparas?                               |                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Uso de arneses                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO        |                                                           |                                               | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en altura?                              |                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Trabajo en suspensión                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |                                                           |                                               | ¿Cumple con los requisitos?                                                                 |                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Control de acceso                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Procedimientos                      | <input checked="" type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                      | ¿Se realizó inspección de EPCO?                                                             |                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Barandales                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Procedimientos                      | <input checked="" type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                      | ¿Se realizó inspección de los trabajadores?                                                 |                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| ¿Otros? ¿Cuáles?                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Escaleras                           | <input checked="" type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                      | ¿Cumple con acompañamiento de controlador de altura?                                        |                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |

| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                   |     |                                                                                |                             |    |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----|-----|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |    | CONSEJOS MÍNIMOS REQUERIDOS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |     |                                                                                |                             |    |     |
| Selección                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SI                    | NO | <input checked="" type="checkbox"/> Usar planchas que indiquen la ubicación y profundidad a excavar<br><input checked="" type="checkbox"/> Poner barreras de seguridad para garantizar la seguridad del trabajo<br><input checked="" type="checkbox"/> Los trabajadores de trabajo con los alrededores y estar en buen estado<br><input checked="" type="checkbox"/> Alisar el área de trabajo<br><input checked="" type="checkbox"/> De mantener las comunicaciones necesarias para comenzar el trabajo<br><input checked="" type="checkbox"/> Si se requiere, emitirle un aviso con las condiciones antes para la ejecución<br><input checked="" type="checkbox"/> Si tomar las medidas necesarias para evitar los accidentes de la obra |                   |     |                                                                                |                             |    |     |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |    | BAJE DE CARGAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                   |     |                                                                                | BLOQUEO ENERGÍAS PELIGROSAS |    |     |
| ¿Está el área de trabajo libre de obstáculos como: cables, cables, etc.?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SI                    | NO | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material a bajar a trabajar?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SI                | NO  | ¿Se realiza el bloqueo de energía?                                             | SI                          | NO | N/A |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |    | ¿Se realiza el bloqueo de energía a los equipos de trabajo?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |     | ¿Se verifica el estado de los equipos de trabajo?                              |                             |    |     |
| ¿Cuanto con el área?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       |    | ¿Se verifica el estado de los equipos de trabajo?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |     | ¿Se verifica el estado de los equipos de trabajo?                              |                             |    |     |
| ¿Existe y cumple en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |    | ¿Se verifica el estado de los equipos de trabajo?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |     | ¿Se verifica el estado de los equipos de trabajo?                              |                             |    |     |
| ¿Se necesita instalar o cambiar?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |    | ¿Se verifica el estado de los equipos de trabajo?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |     | ¿Se verifica el estado de los equipos de trabajo?                              |                             |    |     |
| ¿Mantener y limpiar el área?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |    | ¿Se verifica el estado de los equipos de trabajo?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |     | ¿Se verifica el estado de los equipos de trabajo?                              |                             |    |     |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |    | SUSTANCIAS QUÍMICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                   |     |                                                                                |                             |    |     |
| ¿El área de trabajo al estar y final está limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |    | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | NO                | N/A | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de los materiales utilizados en el día? |                             |    |     |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos generados y peligrosos (residuos grasos, otros, etc.)                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                   |     | ¿Los residuos químicos se eliminan por el medio ambiente?                      |                             |    |     |
| <p>Los trabajadores confirman que al área de trabajo se está verificando al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se ejecutan de conformidad. Los ejecutores son responsables por controlar y aplicar las precauciones seguras de trabajo relacionadas en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente.</p> <p><b>Observaciones:</b></p> |                       |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                   |     |                                                                                |                             |    |     |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NOMBRE Y APELLIDO     |    | CEDULA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | FORMA DE APERTURA |     | FORMA DE CIERRE                                                                |                             |    |     |
| RESPONSABLE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Duvan Rojas           |    | 1002461321                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | [Firma]           |     | [Firma]                                                                        |                             |    |     |
| USUARIO DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Hernan Javier Delgado |    | 9196.978                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | [Firma]           |     | [Firma]                                                                        |                             |    |     |
| OTRO OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Karen Girón           |    | 1059609023                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | [Firma]           |     | [Firma]                                                                        |                             |    |     |



| SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                 |                              |                               |            |                                                                                                               |           |                                       |                                                                                             | FORMA: SET-068-PT-01                                                                                          |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------|------------------------------|-------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------|----|----|-----------------------|----|----|---------------------|----|----|-----------------------|----|----|---------------------|--|--|---------------------|--|--|----------------------------|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-------------------------|--|--|-----------------------|--|--|---------------------------------------------------------------------|--|--|---------------------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------------|--|--|-----------------------|--|--|---------------------------------------------------------------------|--|--|---------------------------------------------------------------------|--|--|---------------------|--|--|-----------------------|--|--|---------------------------------------------------------------------|--|--|---------------------------------------------------------------------|--|--|-----------------|--|--|------------------------------|--|--|--|--|--|----------------------------------------------------------------|--|-----------------------|--|--|--|--|--|------------------------------------|--|--|------------------------------------|--|--|-------------------|--|--|-----------------|--|--|---------------------------------|--|--|---------------------------------|--|--|--------------|--|--|------------|--|--|---------------------------------|--|--|---------------------------------|--|--|------------------|--|--|----------|--|--|-------------------------------------------------------|--|--|-------------------------------------------------------|--|--|
| FORMATO PERMISO DE TRABAJO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |                 |                              |                               |            |                                                                                                               |           |                                       |                                                                                             | VERSIÓN: 001                                                                                                  |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| Elaboró: Consultor ext                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |                 |                              |                               |            |                                                                                                               |           |                                       |                                                                                             | Aprobó: Representante legal                                                                                   |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| Fecha: 10/03/2016                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                 |                              |                               |            |                                                                                                               |           |                                       |                                                                                             | Página 1 de 1                                                                                                 |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| CENTRO DE TRABAJO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ÁREA LUGAR | FECHA DE INICIO | HORA DE INICIO               | FECHA DE FINALIZACIÓN         | HORA FINAL | TIPO DE TRABAJO                                                                                               | FEUTERADO | RESPONSABLE                           |                                                                                             |                                                                                                               |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| Quilicura                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Sera       | 16-03-26 17:00  | 09:15                        | 16-03-2016                    | 15:00 PM   | NO SUBTERRANEO                                                                                                | NO        | Javier Pedraza                        |                                                                                             |                                                                                                               |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |                 |                              |                               |            | ALTA PRESIÓN DE LA ACTIVIDAD: NO                                                                              |           |                                       |                                                                                             |                                                                                                               |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                 |                              |                               |            | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |           |                                       |                                                                                             |                                                                                                               |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            |                 |                              |                               |            | ¿SE HIZO INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>       |           |                                       |                                                                                             |                                                                                                               |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| TRABAJADORES AUTORIZADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |            |                 |                              |                               |            | REQUISITARIO DE AFILIADO                                                                                      |           |                                       |                                                                                             |                                                                                                               |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES IDENTIFICACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            | CARGO           |                              | Opciones condiciones de salud |            | Seguridad social vigente                                                                                      |           | ¿Están calificados para la actividad? |                                                                                             | ¿Se cumplen los requisitos con presencia de protección personal y siempre que se encuentren aptos para su uso |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            |                 |                              | SI NO                         |            | SI NO                                                                                                         |           | SI NO                                 |                                                                                             | SI NO                                                                                                         |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| 1. Jhony Jhony Ceballos Alvarez                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            | Aux. Obv        |                              | X                             |            | X                                                                                                             |           | X                                     |                                                                                             | X                                                                                                             |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| 2. Hernan Javier Pedraza                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |            | Mando           |                              | X                             |            | X                                                                                                             |           | X                                     |                                                                                             | X                                                                                                             |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| 3. Luis Alejandro Vega                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            | Aux.            |                              | X                             |            | X                                                                                                             |           | X                                     |                                                                                             | X                                                                                                             |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| 4. Duain Reyes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            | Reservista O.   |                              | X                             |            | X                                                                                                             |           | X                                     |                                                                                             | X                                                                                                             |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| 5. Karen Guin                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |            | Reservista      |                              | X                             |            | X                                                                                                             |           | X                                     |                                                                                             | X                                                                                                             |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| 6. Parmeno Cejon                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            | Mando           |                              | X                             |            | X                                                                                                             |           | X                                     |                                                                                             | X                                                                                                             |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| 7. Alejandro Caballero                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            | Auxiliar        |                              | X                             |            | X                                                                                                             |           | X                                     |                                                                                             | X                                                                                                             |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| 8. Ramiro Ayala                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            | Aux.            |                              | X                             |            | X                                                                                                             |           | X                                     |                                                                                             | X                                                                                                             |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| 9.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                 |                              |                               |            |                                                                                                               |           |                                       |                                                                                             |                                                                                                               |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| 10.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                 |                              |                               |            |                                                                                                               |           |                                       |                                                                                             |                                                                                                               |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| 11.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                 |                              |                               |            |                                                                                                               |           |                                       |                                                                                             |                                                                                                               |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| 12.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                 |                              |                               |            |                                                                                                               |           |                                       |                                                                                             |                                                                                                               |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| 13.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                 |                              |                               |            |                                                                                                               |           |                                       |                                                                                             |                                                                                                               |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| 14.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                 |                              |                               |            |                                                                                                               |           |                                       |                                                                                             |                                                                                                               |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |                 |                              |                               |            |                                                                                                               |           |                                       |                                                                                             |                                                                                                               |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS (selecciones según corresponda)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |                 |                              |                               |            |                                                                                                               |           |                                       |                                                                                             |                                                                                                               |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| <table border="1"> <tr> <td>¿Cuentan con casaca?</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>¿Cuentan con guantes?</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>¿Cuentan con casco?</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>¿Cuentan con zapatos?</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>Protección facial</td> <td></td> <td></td> <td>Protección auditiva</td> <td></td> <td></td> <td>Protección de cuerpo</td> <td></td> <td></td> <td>Protección de partes</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Redes de seguridad</td> <td></td> <td></td> <td>¿Cuentan con chaleco?</td> <td></td> <td></td> <td>¿Cuentan con casco?</td> <td></td> <td></td> <td>¿Cuentan con casco?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>¿Cuentan con casco?</td> <td></td> <td></td> <td>¿Cuentan con chaleco?</td> <td></td> <td></td> <td>¿Cuentan con casco?</td> <td></td> <td></td> <td>¿Cuentan con casco?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>¿Cuentan con casco?</td> <td></td> <td></td> <td>¿Cuentan con chaleco?</td> <td></td> <td></td> <td>¿Cuentan con casco?</td> <td></td> <td></td> <td>¿Cuentan con casco?</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |                 |                              |                               |            |                                                                                                               |           |                                       |                                                                                             |                                                                                                               |    | ¿Cuentan con casaca?  | SI | NO | ¿Cuentan con guantes? | SI | NO | ¿Cuentan con casco? | SI | NO | ¿Cuentan con zapatos? | SI | NO | Protección facial   |  |  | Protección auditiva |  |  | Protección de cuerpo       |  |  | Protección de partes                                                                        |  |  | Redes de seguridad      |  |  | ¿Cuentan con chaleco? |  |  | ¿Cuentan con casco?                                                 |  |  | ¿Cuentan con casco?                                                 |  |  | ¿Cuentan con casco?               |  |  | ¿Cuentan con chaleco? |  |  | ¿Cuentan con casco?                                                 |  |  | ¿Cuentan con casco?                                                 |  |  | ¿Cuentan con casco? |  |  | ¿Cuentan con chaleco? |  |  | ¿Cuentan con casco?                                                 |  |  | ¿Cuentan con casco?                                                 |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| ¿Cuentan con casaca?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI         | NO              | ¿Cuentan con guantes?        | SI                            | NO         | ¿Cuentan con casco?                                                                                           | SI        | NO                                    | ¿Cuentan con zapatos?                                                                       | SI                                                                                                            | NO |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                 | Protección auditiva          |                               |            | Protección de cuerpo                                                                                          |           |                                       | Protección de partes                                                                        |                                                                                                               |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| Redes de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                 | ¿Cuentan con chaleco?        |                               |            | ¿Cuentan con casco?                                                                                           |           |                                       | ¿Cuentan con casco?                                                                         |                                                                                                               |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| ¿Cuentan con casco?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                 | ¿Cuentan con chaleco?        |                               |            | ¿Cuentan con casco?                                                                                           |           |                                       | ¿Cuentan con casco?                                                                         |                                                                                                               |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| ¿Cuentan con casco?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                 | ¿Cuentan con chaleco?        |                               |            | ¿Cuentan con casco?                                                                                           |           |                                       | ¿Cuentan con casco?                                                                         |                                                                                                               |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGUN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |                 |                              |                               |            |                                                                                                               |           |                                       |                                                                                             |                                                                                                               |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| TRABAJO EN ALTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                 |                              |                               |            |                                                                                                               |           |                                       |                                                                                             |                                                                                                               |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| <table border="1"> <tr> <td>Medidas de prevención</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>Definición del área</td> <td></td> <td></td> <td>Andamios</td> <td></td> <td></td> <td>Control Trabajo en Alturas</td> <td></td> <td></td> <td>¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se encuentre?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Asistencia de seguridad</td> <td></td> <td></td> <td>Escaleras</td> <td></td> <td></td> <td>¿Se controla el tiempo de uso de herramientas y equipos de trabajo?</td> <td></td> <td></td> <td>¿Se controla el tiempo de uso de herramientas y equipos de trabajo?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Verificación de puntos de anclaje</td> <td></td> <td></td> <td>Dispositivos</td> <td></td> <td></td> <td>¿Se controla el tiempo de uso de herramientas y equipos de trabajo?</td> <td></td> <td></td> <td>¿Se controla el tiempo de uso de herramientas y equipos de trabajo?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Definición del área</td> <td></td> <td></td> <td>Gras con cables</td> <td></td> <td></td> <td>¿Se controla el tiempo de uso de herramientas y equipos de trabajo?</td> <td></td> <td></td> <td>¿Se controla el tiempo de uso de herramientas y equipos de trabajo?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Uso de eslingas</td> <td></td> <td></td> <td colspan="4">SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO</td> <td></td> <td></td> <td>¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en altura?</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Trabajo en suspensión</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>¿Cuentan con los tipos requeridos?</td> <td></td> <td></td> <td>¿Cuentan con los tipos requeridos?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Control de acceso</td> <td></td> <td></td> <td>Posicionamiento</td> <td></td> <td></td> <td>¿Se realizó inspección de EPOC?</td> <td></td> <td></td> <td>¿Se realizó inspección de EPOC?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Señalización</td> <td></td> <td></td> <td>Reservista</td> <td></td> <td></td> <td>¿Se realizó inspección de EPOC?</td> <td></td> <td></td> <td>¿Se realizó inspección de EPOC?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>¿Otros? ¿Cuáles?</td> <td></td> <td></td> <td>Defensas</td> <td></td> <td></td> <td>¿Cuentan con el cumplimiento de estándares de altura?</td> <td></td> <td></td> <td>¿Cuentan con el cumplimiento de estándares de altura?</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |            |                 |                              |                               |            |                                                                                                               |           |                                       |                                                                                             |                                                                                                               |    | Medidas de prevención | SI | NO | SI                    | NO | SI | NO                  | SI | NO | SI                    | NO | SI | Definición del área |  |  | Andamios            |  |  | Control Trabajo en Alturas |  |  | ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se encuentre? |  |  | Asistencia de seguridad |  |  | Escaleras             |  |  | ¿Se controla el tiempo de uso de herramientas y equipos de trabajo? |  |  | ¿Se controla el tiempo de uso de herramientas y equipos de trabajo? |  |  | Verificación de puntos de anclaje |  |  | Dispositivos          |  |  | ¿Se controla el tiempo de uso de herramientas y equipos de trabajo? |  |  | ¿Se controla el tiempo de uso de herramientas y equipos de trabajo? |  |  | Definición del área |  |  | Gras con cables       |  |  | ¿Se controla el tiempo de uso de herramientas y equipos de trabajo? |  |  | ¿Se controla el tiempo de uso de herramientas y equipos de trabajo? |  |  | Uso de eslingas |  |  | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO |  |  |  |  |  | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en altura? |  | Trabajo en suspensión |  |  |  |  |  | ¿Cuentan con los tipos requeridos? |  |  | ¿Cuentan con los tipos requeridos? |  |  | Control de acceso |  |  | Posicionamiento |  |  | ¿Se realizó inspección de EPOC? |  |  | ¿Se realizó inspección de EPOC? |  |  | Señalización |  |  | Reservista |  |  | ¿Se realizó inspección de EPOC? |  |  | ¿Se realizó inspección de EPOC? |  |  | ¿Otros? ¿Cuáles? |  |  | Defensas |  |  | ¿Cuentan con el cumplimiento de estándares de altura? |  |  | ¿Cuentan con el cumplimiento de estándares de altura? |  |  |
| Medidas de prevención                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | SI         | NO              | SI                           | NO                            | SI         | NO                                                                                                            | SI        | NO                                    | SI                                                                                          | NO                                                                                                            | SI |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| Definición del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                 | Andamios                     |                               |            | Control Trabajo en Alturas                                                                                    |           |                                       | ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se encuentre? |                                                                                                               |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| Asistencia de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            |                 | Escaleras                    |                               |            | ¿Se controla el tiempo de uso de herramientas y equipos de trabajo?                                           |           |                                       | ¿Se controla el tiempo de uso de herramientas y equipos de trabajo?                         |                                                                                                               |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| Verificación de puntos de anclaje                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                 | Dispositivos                 |                               |            | ¿Se controla el tiempo de uso de herramientas y equipos de trabajo?                                           |           |                                       | ¿Se controla el tiempo de uso de herramientas y equipos de trabajo?                         |                                                                                                               |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| Definición del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                 | Gras con cables              |                               |            | ¿Se controla el tiempo de uso de herramientas y equipos de trabajo?                                           |           |                                       | ¿Se controla el tiempo de uso de herramientas y equipos de trabajo?                         |                                                                                                               |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| Uso de eslingas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            |                 | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO |                               |            |                                                                                                               |           |                                       | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en altura?                              |                                                                                                               |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| Trabajo en suspensión                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            |                 |                              |                               |            | ¿Cuentan con los tipos requeridos?                                                                            |           |                                       | ¿Cuentan con los tipos requeridos?                                                          |                                                                                                               |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| Control de acceso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                 | Posicionamiento              |                               |            | ¿Se realizó inspección de EPOC?                                                                               |           |                                       | ¿Se realizó inspección de EPOC?                                                             |                                                                                                               |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| Señalización                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                 | Reservista                   |                               |            | ¿Se realizó inspección de EPOC?                                                                               |           |                                       | ¿Se realizó inspección de EPOC?                                                             |                                                                                                               |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |
| ¿Otros? ¿Cuáles?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |                 | Defensas                     |                               |            | ¿Cuentan con el cumplimiento de estándares de altura?                                                         |           |                                       | ¿Cuentan con el cumplimiento de estándares de altura?                                       |                                                                                                               |    |                       |    |    |                       |    |    |                     |    |    |                       |    |    |                     |  |  |                     |  |  |                            |  |  |                                                                                             |  |  |                         |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                                   |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                     |  |  |                       |  |  |                                                                     |  |  |                                                                     |  |  |                 |  |  |                              |  |  |  |  |  |                                                                |  |                       |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                                    |  |  |                   |  |  |                 |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |              |  |  |            |  |  |                                 |  |  |                                 |  |  |                  |  |  |          |  |  |                                                       |  |  |                                                       |  |  |

64





[illegible]









| EVALUACIÓN                                                                                                                |    |                                                           |                                                                                                 |                                                                                |                                                                         |     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                               |    | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD |                                                                                                 |                                                                                |                                                                         |     |     |
| Selección                                                                                                                 | SI | NO                                                        | SI                                                                                              | NO                                                                             | N/A                                                                     |     |     |
| Chaleco                                                                                                                   |    |                                                           | Existen planes que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                |                                                                                |                                                                         |     |     |
| Botas de seguridad                                                                                                        |    |                                                           | Se han identificado los riesgos para prevenir la ejecución del trabajo                          |                                                                                |                                                                         |     |     |
| Gorro tipo casco                                                                                                          |    |                                                           | Los instrumentos de trabajo son los adecuados y están en buen estado                            |                                                                                |                                                                         |     |     |
| Casco de seguridad                                                                                                        |    |                                                           | Protege al área los riesgos                                                                     |                                                                                |                                                                         |     |     |
| Protección auditiva                                                                                                       |    |                                                           | Se reducen los vibraciones mecánicas para comenzar el trabajo                                   |                                                                                |                                                                         |     |     |
| Protección facial                                                                                                         |    |                                                           | La maquinaria empleada cuenta con los dispositivos para la ejecución                            |                                                                                |                                                                         |     |     |
|                                                                                                                           |    |                                                           | Se toman las medidas necesarias para evitar los accidentes de la zona                           |                                                                                |                                                                         |     |     |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                       |    | CARGA DE CARGAS                                           |                                                                                                 |                                                                                | BLOQUEO ENERGÍAS PELIGROSAS                                             |     |     |
|                                                                                                                           | SI | NO                                                        | SI                                                                                              | NO                                                                             | SI                                                                      | NO  | N/A |
| ¿Se han identificado los riesgos en caliente antes de iniciar el trabajo?                                                 |    |                                                           | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, peso, volumen) del material a cargar y mover? |                                                                                | Activación de señal de bloqueo                                          |     |     |
| ¿Se necesita usar guantes?                                                                                                |    |                                                           | ¿Se necesita asegurar por separado a los equipos de carga?                                      |                                                                                | Corte doble de los cables de energía                                    |     |     |
| ¿Cuánto pesa el objeto?                                                                                                   |    |                                                           | ¿Se certifican los operadores y operadores antes de iniciar a la capacidad del equipo a operar? |                                                                                | Después de iniciar de los dispositivos de corte de la fuente de energía |     |     |
| ¿Cubre y cubre en buen estado?                                                                                            |    |                                                           | ¿Se verifican todos y cada uno de los puntos de carga?                                          |                                                                                | ¿Se cuenta con medio de bloqueo?                                        |     |     |
| ¿Se han identificado los riesgos a la actividad?                                                                          |    |                                                           | ¿Cuánto pesa el equipo cargado, en buen estado y con acuerdo a la actividad?                    |                                                                                | Arroja suficiente y seguro                                              |     |     |
| ¿Se cuenta con equipo para la manipulación?                                                                               |    |                                                           | ¿Se cuenta con equipo para la manipulación?                                                     |                                                                                | Se han identificado los riesgos de la labor                             |     |     |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                            |    |                                                           |                                                                                                 | SUSTANCIAS QUÍMICAS                                                            |                                                                         |     |     |
|                                                                                                                           | SI | NO                                                        | N/A                                                                                             | SI                                                                             | NO                                                                      | N/A |     |
| ¿El área de trabajo al inicio y final está limpia y ordenada?                                                             |    |                                                           |                                                                                                 | ¿Se cuenta con los fichos de seguridad de las sustancias químicas en el sitio? |                                                                         |     |     |
| ¿Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos sólidos, líquidos y gaseosos (sólidos, líquidos, gases, etc.)? |    |                                                           |                                                                                                 | ¿Se han identificado los riesgos de las sustancias químicas en el sitio?       |                                                                         |     |     |

Los datos firmados confirman que el área de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aplican las medidas necesarias. Los operadores con experiencia por conocer y aplicar las procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente.

DECLARACIONES:

| CARGO               | NOMBRE Y APELLIDO   | CÉDULA     | FIRMA DE APERTURA | FIRMA DE CIERRE |
|---------------------|---------------------|------------|-------------------|-----------------|
| RESPONSABLE DE OBRA | RIVAN REYES         | 1002461522 | <i>[Firma]</i>    | <i>[Firma]</i>  |
| LIDER DE OBRA       | HAROLD JAVIER EDINA | 98 196 438 | <i>[Firma]</i>    | <i>[Firma]</i>  |
| SIT OBRA            | KAREN VIVIANA GIRON | 1081604023 | <i>[Firma]</i>    | <i>[Firma]</i>  |



| SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO                                     |                |                 |              |                                 |            |                                          |         |                                       |  | CORPOB. 007-00547-1-01                                                                                          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------------------------------|---------|---------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| FORMATO PRIMERO DE TRABAJO                                                             |                |                 |              |                                 |            |                                          |         |                                       |  | VERSIÓN 001                                                                                                     |  |
| Elaboró: Consultor cal                                                                 |                |                 |              |                                 |            |                                          |         |                                       |  | Aprobó: Representante legal                                                                                     |  |
| Página 1 de 2                                                                          |                |                 |              |                                 |            |                                          |         |                                       |  |                                                                                                                 |  |
| CENTRO DE TRABAJO                                                                      | ÁREA/LUGAR     | FECHA DE INICIO | FECHA DE FIN | FECHA DE FINALIZACIÓN           | HORA FINAL | TIPO DE TRABAJO                          | ENTRADA | RESPONSABLE                           |  |                                                                                                                 |  |
| Durand                                                                                 | Sra. Rodríguez | 21.01.26        | 20.00.00     | 21.01.26                        | 5.00 PM    | NO                                       | SI      | Javier Rodríguez                      |  |                                                                                                                 |  |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD                                                            |                |                 |              |                                 |            | ¿LA TAREA APLICADA DE LA ACTIVIDAD ES?   |         | SI                                    |  |                                                                                                                 |  |
| Mantenimiento de las sanitas                                                           |                |                 |              |                                 |            | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON CONOCIMIENTO?   |         | SI                                    |  |                                                                                                                 |  |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR                                                      |                |                 |              |                                 |            | ¿SE ENCONTRARON BUNA ESTADO PARA SU USO? |         | SI                                    |  |                                                                                                                 |  |
| Mantenimiento de las sanitas                                                           |                |                 |              |                                 |            | ¿SE NECESITA INSPECCIÓN PREOPERACIONAL?  |         | SI                                    |  |                                                                                                                 |  |
| REQUIREMENTO DE APETITO                                                                |                |                 |              |                                 |            |                                          |         |                                       |  |                                                                                                                 |  |
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES (IDENTIFICACIÓN)                                            |                | CARGO           |              | Opciones condicionales de salud |            | Disponibilidad en el momento             |         | ¿Están capacitados para la actividad? |  | Si el trabajador experimenta con síntomas de protección personal y asegura que se encuentra en apto para su uso |  |
|                                                                                        |                |                 |              | SI NO                           |            | SI NO                                    |         | SI NO                                 |  | SI NO                                                                                                           |  |
| 1. Durand Reyes                                                                        |                | Receptor O.     |              | x                               |            | x                                        |         | x                                     |  | x                                                                                                               |  |
| 2. Isabel Juliana Ortiz Alvarez                                                        |                | Aux. Obr.       |              | x                               |            | x                                        |         | x                                     |  | x                                                                                                               |  |
| 3. Hirma Javier Padua                                                                  |                | Muestr          |              | x                               |            | x                                        |         | x                                     |  | x                                                                                                               |  |
| 4. Karen Giron                                                                         |                | Receptor de     |              | x                               |            | x                                        |         | x                                     |  | x                                                                                                               |  |
| 5. Luis Alejandro Vega                                                                 |                | Aux.            |              | x                               |            | x                                        |         | x                                     |  | x                                                                                                               |  |
| 6. Daniel Salazar                                                                      |                | Aux.            |              | x                               |            | x                                        |         | x                                     |  | x                                                                                                               |  |
| 7. Ramiro Avella                                                                       |                | qm              |              | x                               |            | x                                        |         | x                                     |  | x                                                                                                               |  |
| 8. Ramiro Carr                                                                         |                | muestr          |              | x                               |            | x                                        |         | x                                     |  | x                                                                                                               |  |
| IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS (seleccione según corresponda)                              |                |                 |              |                                 |            |                                          |         |                                       |  |                                                                                                                 |  |
| Elementos de protección personal requeridos                                            |                | SI NO           |              | SI NO                           |            | SI NO                                    |         | SI NO                                 |  | SI NO                                                                                                           |  |
| Cuerpo de protección                                                                   |                | SI NO           |              | SI NO                           |            | SI NO                                    |         | SI NO                                 |  | SI NO                                                                                                           |  |
| Protección facial                                                                      |                | SI NO           |              | SI NO                           |            | SI NO                                    |         | SI NO                                 |  | SI NO                                                                                                           |  |
| Bata de seguridad                                                                      |                | SI NO           |              | SI NO                           |            | SI NO                                    |         | SI NO                                 |  | SI NO                                                                                                           |  |
| Cuerpo de protección                                                                   |                | SI NO           |              | SI NO                           |            | SI NO                                    |         | SI NO                                 |  | SI NO                                                                                                           |  |
| Cuerpo de protección                                                                   |                | SI NO           |              | SI NO                           |            | SI NO                                    |         | SI NO                                 |  | SI NO                                                                                                           |  |
| Cuerpo de protección                                                                   |                | SI NO           |              | SI NO                           |            | SI NO                                    |         | SI NO                                 |  | SI NO                                                                                                           |  |
| Cuerpo de protección                                                                   |                | SI NO           |              | SI NO                           |            | SI NO                                    |         | SI NO                                 |  | SI NO                                                                                                           |  |
| A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGUN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |                |                 |              |                                 |            |                                          |         |                                       |  |                                                                                                                 |  |
| TRABAJO EN ALTURAS                                                                     |                |                 |              |                                 |            |                                          |         |                                       |  |                                                                                                                 |  |
| MEDIDAS DE PROTECCIÓN                                                                  |                | SI NO           |              | SI NO                           |            | SI NO                                    |         | SI NO                                 |  | SI NO                                                                                                           |  |
| Definición del área                                                                    |                | SI NO           |              | SI NO                           |            | SI NO                                    |         | SI NO                                 |  | SI NO                                                                                                           |  |
| Ayuda de seguridad                                                                     |                | SI NO           |              | SI NO                           |            | SI NO                                    |         | SI NO                                 |  | SI NO                                                                                                           |  |
| Verificación de punto de anclaje                                                       |                | SI NO           |              | SI NO                           |            | SI NO                                    |         | SI NO                                 |  | SI NO                                                                                                           |  |
| Definición del área                                                                    |                | SI NO           |              | SI NO                           |            | SI NO                                    |         | SI NO                                 |  | SI NO                                                                                                           |  |
| Línea de subteniente                                                                   |                | SI NO           |              | SI NO                           |            | SI NO                                    |         | SI NO                                 |  | SI NO                                                                                                           |  |
| Trabajo en suspensión                                                                  |                | SI NO           |              | SI NO                           |            | SI NO                                    |         | SI NO                                 |  | SI NO                                                                                                           |  |
| Control de acceso                                                                      |                | SI NO           |              | SI NO                           |            | SI NO                                    |         | SI NO                                 |  | SI NO                                                                                                           |  |
| Servicio                                                                               |                | SI NO           |              | SI NO                           |            | SI NO                                    |         | SI NO                                 |  | SI NO                                                                                                           |  |
| ¿Otro? ¿Cual?                                                                          |                | SI NO           |              | SI NO                           |            | SI NO                                    |         | SI NO                                 |  | SI NO                                                                                                           |  |



| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |    |            | CONDICIONES MÍNIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                        |    |                 |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----|------------|----------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------|-----|
| Selección                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | SI                  | NO |            | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                 | SI | NO              | N/A |
| Guarda                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | /                   | /  |            | Se han otorgado los servicios para garantizar la duración del trabajo            | /  | /               | /   |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | /                   | /  |            | Los herramientas de trabajo son los adecuados y están en buen estado             | /  | /               | /   |
| Casco tipo casco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | /                   | /  |            | Se cuenta al área los requeridos                                                 | /  | /               | /   |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | /                   | /  |            | Se indican las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                | /  | /               | /   |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | /                   | /  |            | Se asegura a través de los medios de comunicación para la operación              | /  | /               | /   |
| Protección ocular                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | /                   | /  |            | Se toman las medidas necesarias para evitar los movimientos de la zona           | /  | /               | /   |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |    |            | BLOQUEO DE FUERZAS PELIGROSAS                                                    |    |                 |     |
| ¿Se tiene en cuenta los dispositivos (cable, acero, largo, peso, volumen) del material a sujeción o movimiento?                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |    |            | Autorización de oficial de trabajos                                              |    |                 |     |
| ¿Se realiza inspección pre-operacional a los equipos de trabajo?                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |    |            | Corte eléctrico de las fuentes de energía                                        |    |                 |     |
| ¿Cuenta con seguro?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |    |            | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energía            |    |                 |     |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |    |            | ¿Se cuenta con método de bloqueo?                                                |    |                 |     |
| ¿Se realizan inspecciones a los equipos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |    |            | Área señalada y aislada                                                          |    |                 |     |
| ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra (cable)?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |    |            | Se tienen identificados los riesgos de la labor                                  |    |                 |     |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |    |            | SUSTANCIAS QUÍMICAS                                                              |    |                 |     |
| ¿El área de trabajo es seco y bien drenada y ventilada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |    |            | ¿Se cuenta con los datos de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio?  |    |                 |     |
| Se cuenta con respaldos para almacenamiento de residuos generados y peligrosos (residuos, gases, agua, etc.)                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |    |            | ¿Se cuentan con los datos de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? |    |                 |     |
| Los datos firmados confirman que el área de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad personal y de equipo de trabajo. Los operadores son responsables por conocer y aplicar las precauciones de seguridad de trabajo relacionadas en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente. |                     |    |            |                                                                                  |    |                 |     |
| Observaciones:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |    |            |                                                                                  |    |                 |     |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | NOMBRES Y APELLIDOS |    | CÉDULA     | FIRMA DE AUTORIZACIÓN                                                            |    | FIRMA DE CIERRE |     |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Duvón Reyes         |    | 1002461522 | [Firma]                                                                          |    | [Firma]         |     |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Hernán Javer Botero |    | 9306.939   | [Firma]                                                                          |    | [Firma]         |     |
| SET OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Kaiten Giron        |    | 1052601023 | [Firma]                                                                          |    | [Firma]         |     |

73

74



| SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO                                     |                                      |                 |              |                               |              |                                  |                                                            |                                       |                                                                    | CÓDIGO: SST-08/2014                                                |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------|--------------|-------------------------------|--------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--|
| FORMATO PERIÓDICO DE TRABAJO                                                           |                                      |                 |              |                               |              |                                  |                                                            |                                       |                                                                    | VERSIÓN: 01/01/2014                                                |  |
| Elaborar: Consultor s/s                                                                |                                      |                 |              |                               |              |                                  |                                                            |                                       |                                                                    | Aprobó: Representante legal                                        |  |
| Página 1 de 2                                                                          |                                      |                 |              |                               |              |                                  |                                                            |                                       |                                                                    |                                                                    |  |
| CENTRO DE TRABAJO                                                                      | ÁREA LUGAR                           | FECHA DE INICIO | FECHA DE FIN | FECHA DE EVALUACIÓN           | HORA INICIAL | HORA FINAL                       | TIPO DE TRABAJO                                            | ESTATIVO                              | RESPONSABLE                                                        |                                                                    |  |
| Luzima                                                                                 | SENA                                 | 24.02.2017      | 27.02.2017   | 24.02.2017                    | 12:00 PM     |                                  | NO ESTATIVO                                                | Y                                     | PAUL PERAZA                                                        |                                                                    |  |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD                                                            | MANTENIMIENTO DE BATERIAS SANITARIAS |                 |              |                               |              |                                  | ¿LA ACTIVIDAD CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA LA ACTIVIDAD? |                                       | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                                                    |  |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR                                                      | ARRANQUE MENOR                       |                 |              |                               |              |                                  | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO?                 |                                       | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                                                    |  |
| REQUISITOS DE APTITUD                                                                  |                                      |                 |              |                               |              |                                  |                                                            |                                       |                                                                    |                                                                    |  |
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES (IDENTIFICACIÓN)                                            |                                      | CARGO           |              | Opciones condiciones de salud |              | Seguridad social vigente         |                                                            | ¿Están capacitados para la actividad? |                                                                    | Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |                                      |                 |              | SI NO                         |              | SI NO                            |                                                            | SI NO                                 |                                                                    | SI NO                                                              |  |
| 1. Karen Giron                                                                         |                                      | Reservista      |              | X                             |              | X                                |                                                            | X                                     |                                                                    | X                                                                  |  |
| 2. Lyndal Johana Ortiz Alvarez                                                         |                                      | Aux. Obra       |              | X                             |              | X                                |                                                            | X                                     |                                                                    | X                                                                  |  |
| 3. Duván Rojas                                                                         |                                      | Reservista      |              | X                             |              | X                                |                                                            | X                                     |                                                                    | X                                                                  |  |
| 4. Herman Javier Padua                                                                 |                                      | Reservista      |              | X                             |              | X                                |                                                            | X                                     |                                                                    | X                                                                  |  |
| 5. Luis Alejandro Vega                                                                 |                                      | Aux.            |              | X                             |              | X                                |                                                            | X                                     |                                                                    | X                                                                  |  |
| 6. Manuel Alejandro Salazar                                                            |                                      | Aux.            |              | X                             |              | X                                |                                                            | X                                     |                                                                    | X                                                                  |  |
| 7. Reymundo Alvarado                                                                   |                                      | Aux.            |              | X                             |              | X                                |                                                            | X                                     |                                                                    | X                                                                  |  |
| 8. Demian Carr                                                                         |                                      | Aux.            |              | X                             |              | X                                |                                                            | X                                     |                                                                    | X                                                                  |  |
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                            |                                      |                 |              |                               |              |                                  |                                                            |                                       |                                                                    |                                                                    |  |
| Quemador de soldador                                                                   |                                      | SI NO           |              | SI NO                         |              | Quemador de soldador             |                                                            | SI NO                                 |                                                                    | SI NO                                                              |  |
| Protección facial                                                                      |                                      | SI NO           |              | SI NO                         |              | Protección facial                |                                                            | SI NO                                 |                                                                    | SI NO                                                              |  |
| Botas de seguridad                                                                     |                                      | SI NO           |              | SI NO                         |              | Botas de seguridad               |                                                            | SI NO                                 |                                                                    | SI NO                                                              |  |
| Guantes de seguridad                                                                   |                                      | SI NO           |              | SI NO                         |              | Guantes de seguridad             |                                                            | SI NO                                 |                                                                    | SI NO                                                              |  |
| Cable de seguridad                                                                     |                                      | SI NO           |              | SI NO                         |              | Cable de seguridad               |                                                            | SI NO                                 |                                                                    | SI NO                                                              |  |
| Quemador de soldador                                                                   |                                      | SI NO           |              | SI NO                         |              | Quemador de soldador             |                                                            | SI NO                                 |                                                                    | SI NO                                                              |  |
| IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS (seleccione según corresponda)                              |                                      |                 |              |                               |              |                                  |                                                            |                                       |                                                                    |                                                                    |  |
| ¿Hay peligro de electrocución?                                                         |                                      | SI NO           |              | SI NO                         |              | ¿Hay peligro de electrocución?   |                                                            | SI NO                                 |                                                                    | SI NO                                                              |  |
| ¿Hay peligro de incendio?                                                              |                                      | SI NO           |              | SI NO                         |              | ¿Hay peligro de incendio?        |                                                            | SI NO                                 |                                                                    | SI NO                                                              |  |
| ¿Hay peligro de caídas?                                                                |                                      | SI NO           |              | SI NO                         |              | ¿Hay peligro de caídas?          |                                                            | SI NO                                 |                                                                    | SI NO                                                              |  |
| ¿Hay peligro de explosión?                                                             |                                      | SI NO           |              | SI NO                         |              | ¿Hay peligro de explosión?       |                                                            | SI NO                                 |                                                                    | SI NO                                                              |  |
| ¿Hay peligro de contaminación?                                                         |                                      | SI NO           |              | SI NO                         |              | ¿Hay peligro de contaminación?   |                                                            | SI NO                                 |                                                                    | SI NO                                                              |  |
| A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGÚN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |                                      |                 |              |                               |              |                                  |                                                            |                                       |                                                                    |                                                                    |  |
| TRABAJO EN ALTURAS                                                                     |                                      |                 |              |                               |              |                                  |                                                            |                                       |                                                                    |                                                                    |  |
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN                                                                  |                                      | SI NO           |              | SI NO                         |              | MEDIDAS DE PREVENCIÓN            |                                                            | SI NO                                 |                                                                    | SI NO                                                              |  |
| Delimitación del área                                                                  |                                      | SI NO           |              | SI NO                         |              | Delimitación del área            |                                                            | SI NO                                 |                                                                    | SI NO                                                              |  |
| Apertura de seguridad                                                                  |                                      | SI NO           |              | SI NO                         |              | Apertura de seguridad            |                                                            | SI NO                                 |                                                                    | SI NO                                                              |  |
| Verificación de punto de anclaje                                                       |                                      | SI NO           |              | SI NO                         |              | Verificación de punto de anclaje |                                                            | SI NO                                 |                                                                    | SI NO                                                              |  |
| Delimitación del área                                                                  |                                      | SI NO           |              | SI NO                         |              | Delimitación del área            |                                                            | SI NO                                 |                                                                    | SI NO                                                              |  |
| Línea de advertencia                                                                   |                                      | SI NO           |              | SI NO                         |              | Línea de advertencia             |                                                            | SI NO                                 |                                                                    | SI NO                                                              |  |
| Trabajo en suspensión                                                                  |                                      | SI NO           |              | SI NO                         |              | Trabajo en suspensión            |                                                            | SI NO                                 |                                                                    | SI NO                                                              |  |
| Control de acceso                                                                      |                                      | SI NO           |              | SI NO                         |              | Control de acceso                |                                                            | SI NO                                 |                                                                    | SI NO                                                              |  |
| Reservista                                                                             |                                      | SI NO           |              | SI NO                         |              | Reservista                       |                                                            | SI NO                                 |                                                                    | SI NO                                                              |  |
| ¿Otros? ¿Cuáles?                                                                       |                                      | SI NO           |              | SI NO                         |              | ¿Otros? ¿Cuáles?                 |                                                            | SI NO                                 |                                                                    | SI NO                                                              |  |

| EVALUACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                       |                                                                                                         |            |  |                     |  |                 |    |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--|---------------------|--|-----------------|----|--|--|----------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                       | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                               |            |  | SI                  |  |                 | NO |  |  | N/A                                                                              |  |  |  |  |  |
| Batachone                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                       | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                        |            |  |                     |  |                 |    |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                       | Pueden interrumpir los trabajos para garantizar la seguridad de trabajo                                 |            |  |                     |  |                 |    |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                       | En levantamiento de trabajo con las condiciones y estar en buen estado                                  |            |  |                     |  |                 |    |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |
| Cascos tipo casco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                       | Protección al área de los miembros                                                                      |            |  |                     |  |                 |    |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |
| Cables de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                       | Se midieron las condiciones necesarias para comenzar el trabajo                                         |            |  |                     |  |                 |    |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |
| Protección ocular                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                       | La máquina armada cuenta con las condiciones aptas para la operación                                    |            |  |                     |  |                 |    |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                       | Se tomaron las medidas necesarias para evitar los excesos de la zona                                    |            |  |                     |  |                 |    |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                       |                                                                                                         |            |  |                     |  |                 |    |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                       |                                                                                                         |            |  | USO DE CARGAS       |  |                 |    |  |  | RUIDOS/ENERGIAS PELIGROSAS                                                       |  |  |  |  |  |
| ¿Se tiene el equipo necesario para trabajos en caliente como: soldadura, corte, etc.?                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                       | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, etc.) del material a cargar o mover?     |            |  |                     |  |                 |    |  |  | Advertencia de ruido de trabajo                                                  |  |  |  |  |  |
| ¿Se necesita trabajar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                       | ¿Se realizó inspección pre-operacional a los equipos de trabajo?                                        |            |  |                     |  |                 |    |  |  | Corte visible de las fuentes de energía                                          |  |  |  |  |  |
| ¿Cuántos son los cables?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                       | ¿Se verificó la capacidad de operador y el equipo de trabajo acorde a la capacidad del equipo a operar? |            |  |                     |  |                 |    |  |  | Riesgos asociados de los dispositivos de corte de la fuente de energía           |  |  |  |  |  |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                       | ¿Se verificaron cables y cables uno de los puntos de trabajo?                                           |            |  |                     |  |                 |    |  |  | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                                |  |  |  |  |  |
| ¿Se inspeccionaron herramientas o tornillos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                       | ¿Cuenta con equipos certificados, en buen estado y con acorde a la actividad?                           |            |  |                     |  |                 |    |  |  | Antes de trabajar y al salir                                                     |  |  |  |  |  |
| ¿Herramientas y equipos certificados?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                       | ¿Se cuenta con cables para la maniobrabilidad?                                                          |            |  |                     |  |                 |    |  |  | Se han identificado los riesgos de la obra                                       |  |  |  |  |  |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                       |                                                                                                         |            |  | SUSTANCIAS QUIMICAS |  |                 |    |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |
| ¿El área de trabajo al inicio y final está limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                       |                                                                                                         |            |  |                     |  |                 |    |  |  | ¿Se cuenta con los fichas de seguridad de los materiales utilizados en el sitio? |  |  |  |  |  |
| Se cuenta con medidas para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (sólidos, líquidos, etc.)                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                       |                                                                                                         |            |  |                     |  |                 |    |  |  | ¿Los residuos químicos se encuentran etiquetados y almacenados?                  |  |  |  |  |  |
| <p>Los datos obtenidos reflejan que el área de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aplican las condiciones. Los datos obtenidos son responsables por conocer y aplicar las precauciones necesarias de trabajo relacionadas en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente.</p> |  |                       |                                                                                                         |            |  |                     |  |                 |    |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |
| OBSERVACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                       |                                                                                                         |            |  |                     |  |                 |    |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | NOMBRE Y APELLIDOS    |                                                                                                         | CEDULA     |  | FIRMA DE APERTURA   |  | FIRMA DE CIERRE |    |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Duvón Rayen           |                                                                                                         | 1002461522 |  | [Firma]             |  | [Firma]         |    |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | Homer Junior Anderson |                                                                                                         | 9796 978   |  | [Firma]             |  | [Firma]         |    |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |
| SET OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | KARON UMANA GIRON     |                                                                                                         | 1059601023 |  | [Firma]             |  | [Firma]         |    |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |



| SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO                                     |               |                  |                   |                               |             |                                                  |                 |                                                                                          |  | FORMA: SST-005-PT-01                                                                                        |  |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------|-------------------|-------------------------------|-------------|--------------------------------------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------|
| FORMATO PERMISO DE TRABAJO                                                             |               |                  |                   |                               |             |                                                  |                 |                                                                                          |  | VERSION: 01                                                                                                 |  |         |
| Elaboró: Cesarillo SST                                                                 |               |                  |                   |                               |             |                                                  |                 |                                                                                          |  | Revisó: Representante legal                                                                                 |  |         |
| Página 1 de 2                                                                          |               |                  |                   |                               |             |                                                  |                 |                                                                                          |  |                                                                                                             |  |         |
| CENTRO DE TRABAJO                                                                      | UBICACIÓN     | FECHA DE EMISIÓN | FECHA DE VIGENCIA | FECHA DE EVALUACIÓN           | FECHA FINAL | TIPO DE TRABAJO                                  | RESPONSABLE     |                                                                                          |  |                                                                                                             |  |         |
| Durante                                                                                | km-Delegación | 26 de 26         | 26 de 26          | 26 de 26                      | 5:00 PM     | NO RUTINARIO Y                                   | Javier Hinojosa |                                                                                          |  |                                                                                                             |  |         |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD                                                            |               |                  |                   |                               |             | AUTORIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD (SI/NO)             |                 |                                                                                          |  |                                                                                                             |  |         |
| Mantenimiento balanceo varones                                                         |               |                  |                   |                               |             | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO? SI/NO    |                 |                                                                                          |  |                                                                                                             |  |         |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR                                                      |               |                  |                   |                               |             | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO? SI/NO |                 |                                                                                          |  |                                                                                                             |  |         |
| Mantenimiento manual                                                                   |               |                  |                   |                               |             | ¿SE HAN INSPECCIONADO PREOPERACIONAL? SI/NO      |                 |                                                                                          |  |                                                                                                             |  |         |
| TRABAJADORES AUTORIZADOS                                                               |               |                  |                   |                               |             | REQUIREMENTOS DE APTITUD                         |                 |                                                                                          |  |                                                                                                             |  |         |
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES IDENTIFICACIÓN                                              |               | CARGO            |                   | Opciones condiciones de salud |             | Seguridad nivel riesgo                           |                 | ¿Están capacitados para la actividad?                                                    |  | ¿Indicador temporalmente son elementos de protección personal y equipos que se encuentran aptos para su uso |  | Firma   |
|                                                                                        |               |                  |                   | SI NO                         |             | SI NO                                            |                 | SI NO                                                                                    |  | SI NO                                                                                                       |  |         |
| 1. Durán Rayu                                                                          |               | Residente O      |                   | X                             |             | X                                                |                 | X                                                                                        |  | X                                                                                                           |  | [Firma] |
| 2. Manuel Aljorco Salazar                                                              |               | Aux. Obra        |                   | X                             |             | X                                                |                 | X                                                                                        |  | X                                                                                                           |  | [Firma] |
| 3. Gabriel Salazar Ortiz Alvarado                                                      |               | Aux. Obra        |                   | X                             |             | X                                                |                 | X                                                                                        |  | X                                                                                                           |  | [Firma] |
| 4. Javier Portuondo                                                                    |               | Manten           |                   | X                             |             | X                                                |                 | X                                                                                        |  | X                                                                                                           |  | [Firma] |
| 5. Luis Alejandro Vega                                                                 |               | Aux. Obra        |                   | X                             |             | X                                                |                 | X                                                                                        |  | X                                                                                                           |  | [Firma] |
| 6. Karen Gam                                                                           |               | Residente SST    |                   | X                             |             | X                                                |                 | X                                                                                        |  | X                                                                                                           |  | [Firma] |
| 7. ROMIRO AVELLO                                                                       |               | Aux. Obra        |                   | X                             |             | X                                                |                 | X                                                                                        |  | X                                                                                                           |  | [Firma] |
| 8. Janneth Ceroni                                                                      |               | Aux. Obra        |                   | X                             |             | X                                                |                 | X                                                                                        |  | X                                                                                                           |  | [Firma] |
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                            |               |                  |                   |                               |             |                                                  |                 |                                                                                          |  |                                                                                                             |  |         |
| IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS (selecciona según corresponda)                              |               |                  |                   |                               |             |                                                  |                 |                                                                                          |  |                                                                                                             |  |         |
| Cables de tensión                                                                      |               |                  |                   | Alargamiento                  |             |                                                  |                 | Cable por alto en movimiento                                                             |  |                                                                                                             |  |         |
| Protección facial                                                                      |               |                  |                   | Alargamiento                  |             |                                                  |                 | Atrapamiento del cuerpo                                                                  |  |                                                                                                             |  |         |
| Botas de seguridad                                                                     |               |                  |                   | Cables                        |             |                                                  |                 | Proyección de partículas                                                                 |  |                                                                                                             |  |         |
| Cables de tensión                                                                      |               |                  |                   | Cables                        |             |                                                  |                 | Exposición                                                                               |  |                                                                                                             |  |         |
| Cables de tensión                                                                      |               |                  |                   | Cables                        |             |                                                  |                 | Exposición                                                                               |  |                                                                                                             |  |         |
| Cables de tensión                                                                      |               |                  |                   | Cables                        |             |                                                  |                 | Exposición                                                                               |  |                                                                                                             |  |         |
| Cables de tensión                                                                      |               |                  |                   | Cables                        |             |                                                  |                 | Exposición                                                                               |  |                                                                                                             |  |         |
| A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGUN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |               |                  |                   |                               |             |                                                  |                 |                                                                                          |  |                                                                                                             |  |         |
| TRABAJO EN ALTURAS                                                                     |               |                  |                   |                               |             |                                                  |                 |                                                                                          |  |                                                                                                             |  |         |
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN                                                                  |               |                  |                   | SISTEMA DE ANCLAJE            |             |                                                  |                 | Control Trabajo en Alturas                                                               |  |                                                                                                             |  |         |
| SI NO N/A                                                                              |               |                  |                   | SI NO N/A                     |             |                                                  |                 | SI NO N/A                                                                                |  |                                                                                                             |  |         |
| Distribución del área                                                                  |               |                  |                   | Arriba                        |             |                                                  |                 | ¿Se controla el riesgo de área para evitar que personal ajeno a la actividad se lesione? |  |                                                                                                             |  |         |
| Apertura de seguridad                                                                  |               |                  |                   | Derecha                       |             |                                                  |                 | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas o objetos de trabajo?                    |  |                                                                                                             |  |         |
| Verificación de partes de trabajo                                                      |               |                  |                   | Derecha                       |             |                                                  |                 | ¿Se controlan todas las actividades con elementos para el desarrollo de la actividad?    |  |                                                                                                             |  |         |
| Definición del área                                                                    |               |                  |                   | Otra vez marcada              |             |                                                  |                 | ¿Las escaleras y pasarelas cuentan con barandas y toldos?                                |  |                                                                                                             |  |         |
| Línea de adelantado                                                                    |               |                  |                   | Sistema de anclaje requerido  |             |                                                  |                 | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en altura?                           |  |                                                                                                             |  |         |
| Trabajo en suspensión                                                                  |               |                  |                   | Sistema de anclaje requerido  |             |                                                  |                 | ¿Cuenta con los EPP requeridos?                                                          |  |                                                                                                             |  |         |
| Control de acceso                                                                      |               |                  |                   | Procedimiento                 |             |                                                  |                 | ¿Se realizó inspección de EPP?                                                           |  |                                                                                                             |  |         |
| Barridos                                                                               |               |                  |                   | Barridos                      |             |                                                  |                 | ¿Se verificó cumplimiento de las regulaciones?                                           |  |                                                                                                             |  |         |
| ¿Otro? ¿Cuáles?                                                                        |               |                  |                   | Definido                      |             |                                                  |                 | ¿Cuenta con acompañamiento de controlador de alturas?                                    |  |                                                                                                             |  |         |



| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |            |                                                                                           | CONEXIONES MÍNIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                          |    |     |       |                   |        |                   |                 |                   |                    |            |  |  |               |                          |          |  |  |          |                         |            |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----|-----|-------|-------------------|--------|-------------------|-----------------|-------------------|--------------------|------------|--|--|---------------|--------------------------|----------|--|--|----------|-------------------------|------------|--|--|
| Selecciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | SI                       | NO         |                                                                                           | SI                                                                                | NO | N/A |       |                   |        |                   |                 |                   |                    |            |  |  |               |                          |          |  |  |          |                         |            |  |  |
| Quedarse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |            | Existen planes que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                          |                                                                                   |    |     |       |                   |        |                   |                 |                   |                    |            |  |  |               |                          |          |  |  |          |                         |            |  |  |
| Barra de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |            | Fueron asignados los servicios para garantizar la ejecución de trabajo                    |                                                                                   |    |     |       |                   |        |                   |                 |                   |                    |            |  |  |               |                          |          |  |  |          |                         |            |  |  |
| Barra de apoyo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |            | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y están en buen estado                      |                                                                                   |    |     |       |                   |        |                   |                 |                   |                    |            |  |  |               |                          |          |  |  |          |                         |            |  |  |
| Cable de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |            | Almacén al área fue restringido                                                           |                                                                                   |    |     |       |                   |        |                   |                 |                   |                    |            |  |  |               |                          |          |  |  |          |                         |            |  |  |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |            | Se realizaron las medicaciones necesarias para controlar el ruido                         |                                                                                   |    |     |       |                   |        |                   |                 |                   |                    |            |  |  |               |                          |          |  |  |          |                         |            |  |  |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                          |            | Se realizaron medidas de acuerdo con las condiciones antes para la ejecución              |                                                                                   |    |     |       |                   |        |                   |                 |                   |                    |            |  |  |               |                          |          |  |  |          |                         |            |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |            | Se tomaron las medidas necesarias para evitar los accidentes de la zona                   |                                                                                   |    |     |       |                   |        |                   |                 |                   |                    |            |  |  |               |                          |          |  |  |          |                         |            |  |  |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |            |                                                                                           | BLOQUEO ENERGÍAS PELIGROSAS                                                       |    |     |       |                   |        |                   |                 |                   |                    |            |  |  |               |                          |          |  |  |          |                         |            |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SI                       | NO         |                                                                                           | SI                                                                                | NO | N/A |       |                   |        |                   |                 |                   |                    |            |  |  |               |                          |          |  |  |          |                         |            |  |  |
| ¿Se tiene en cuenta los dimensionados (alta, media, baja, zona, volumen) del material a excavar o remover?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                          |            | ¿Se realizó inspección por operador a los equipos de trabajo?                             |                                                                                   |    |     |       |                   |        |                   |                 |                   |                    |            |  |  |               |                          |          |  |  |          |                         |            |  |  |
| ¿Se recuerda indicar partes?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |            | ¿Los certificados de operador y operador están acorde a la capacidad del equipo a operar? |                                                                                   |    |     |       |                   |        |                   |                 |                   |                    |            |  |  |               |                          |          |  |  |          |                         |            |  |  |
| ¿Cualquier otro dato?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |            | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de trabajo?                                |                                                                                   |    |     |       |                   |        |                   |                 |                   |                    |            |  |  |               |                          |          |  |  |          |                         |            |  |  |
| ¿Cable y cable en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |            | ¿Cuenta con equipos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?             |                                                                                   |    |     |       |                   |        |                   |                 |                   |                    |            |  |  |               |                          |          |  |  |          |                         |            |  |  |
| ¿Se instalaron barreras o bloqueo?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |            | ¿Se cuenta con cable para la maniobra/cableado?                                           |                                                                                   |    |     |       |                   |        |                   |                 |                   |                    |            |  |  |               |                          |          |  |  |          |                         |            |  |  |
| ¿Identificar y etiquetar adecuadamente?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |            |                                                                                           |                                                                                   |    |     |       |                   |        |                   |                 |                   |                    |            |  |  |               |                          |          |  |  |          |                         |            |  |  |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |            |                                                                                           | SUSTANCIAS QUÍMICAS                                                               |    |     |       |                   |        |                   |                 |                   |                    |            |  |  |               |                          |          |  |  |          |                         |            |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SI                       | NO         | N/A                                                                                       | SI                                                                                | NO | N/A |       |                   |        |                   |                 |                   |                    |            |  |  |               |                          |          |  |  |          |                         |            |  |  |
| ¿El área de trabajo al inicio y final está limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |            |                                                                                           | ¿Se cuenta con los ficheros de seguridad de los materiales utilizados en el área? |    |     |       |                   |        |                   |                 |                   |                    |            |  |  |               |                          |          |  |  |          |                         |            |  |  |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos contaminados y peligrosos (sólidos, líquidos, gases)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |            |                                                                                           | ¿Las sustancias químicas se almacenan debidamente y etiquetadas?                  |    |     |       |                   |        |                   |                 |                   |                    |            |  |  |               |                          |          |  |  |          |                         |            |  |  |
| <p>Los datos presentados confirman que en el área de trabajo se está cumpliendo al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se ejecuta en cumplimiento. Los datos son responsables por presentar y aplicar las precauciones necesarias de trabajo relacionados en esta posición, por tanto, se declara a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente.</p>                                                                                                                              |                          |            |                                                                                           |                                                                                   |    |     |       |                   |        |                   |                 |                   |                    |            |  |  |               |                          |          |  |  |          |                         |            |  |  |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>CARGO</th> <th>NOMBRE Y APELLIDO</th> <th>CÉDULA</th> <th>FIRMA EN APERTURA</th> <th>FIRMA EN CIERRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RESIDENTE DE OBRA</td> <td>Duran Danilo Rojas</td> <td>1002461522</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>LIDER DE OBRA</td> <td>Hernandez Javier Pedraza</td> <td>91396998</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SEY OBRA</td> <td>Karen Viviana Gutierrez</td> <td>1057604023</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |                          |            |                                                                                           |                                                                                   |    |     | CARGO | NOMBRE Y APELLIDO | CÉDULA | FIRMA EN APERTURA | FIRMA EN CIERRE | RESIDENTE DE OBRA | Duran Danilo Rojas | 1002461522 |  |  | LIDER DE OBRA | Hernandez Javier Pedraza | 91396998 |  |  | SEY OBRA | Karen Viviana Gutierrez | 1057604023 |  |  |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | NOMBRE Y APELLIDO        | CÉDULA     | FIRMA EN APERTURA                                                                         | FIRMA EN CIERRE                                                                   |    |     |       |                   |        |                   |                 |                   |                    |            |  |  |               |                          |          |  |  |          |                         |            |  |  |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Duran Danilo Rojas       | 1002461522 |                                                                                           |                                                                                   |    |     |       |                   |        |                   |                 |                   |                    |            |  |  |               |                          |          |  |  |          |                         |            |  |  |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Hernandez Javier Pedraza | 91396998   |                                                                                           |                                                                                   |    |     |       |                   |        |                   |                 |                   |                    |            |  |  |               |                          |          |  |  |          |                         |            |  |  |
| SEY OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Karen Viviana Gutierrez  | 1057604023 |                                                                                           |                                                                                   |    |     |       |                   |        |                   |                 |                   |                    |            |  |  |               |                          |          |  |  |          |                         |            |  |  |

| SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                     |                             |                                     |                              |                             |                                       |       |                                                                                                              |    | Código: SST-CSS-PT-01 |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------|-----|-------------------------------------------|-------|-----------------------------|-----|--------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|------------|-------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------|-------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|------------|-------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|-------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--|---|--|-----------------------------------|--|---|--|----------|------------------------|-----|---|--------------------------------------------------------------------------------------|---|--|---|---------------------|---|--|-----------|--------------------|---------------|---|--|--------------------------------------------------------------------|--|---|--|---------------------|--|----|---------------------------------|------------------------------|---|--|---|----------------------------------------------------------------|---|--|---|-----------------------|-----|------------------------|---------|----------------------------------|--|---|--|-------------------|--|---|--|-----------|------------------|---------|---|---------------------------------|---|--|---|--------------|---|--|--------|------------------|---------|---|--|-----------------------------------------------|--|---|--|------------------|--|--------|----|------------|--|--|--|---------------------------------------------------|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| FORMATO FIRMADO DE TRABAJO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     |                             |                                     |                              |                             |                                       |       |                                                                                                              |    | Versión: 01           |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Elaboró: Consultor ext.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                     |                             |                                     |                              | Aprobó: Representante legal |                                       |       |                                                                                                              |    | Fecha: 18/03/2016     |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Página 1 de 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                             |                                     |                              |                             |                                       |       |                                                                                                              |    |                       |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CENTRO DE TRABAJO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | AREA/LUGAR                          | FECHA DE INICIO             | HORA DE INICIO                      | FECHA DE FINALIZACIÓN        | HORA FINAL                  | TIPO DE TRABAJO                       | PLAZO | RESPONSABLE                                                                                                  |    |                       |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Datamed                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Delegado                            | 23.03.2016                  | 7:00 am                             | 23.03.2016                   | 6:00 pm                     | NO SUBTERRANEO                        | X     | Javier Hdez. J                                                                                               |    |                       |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Mantenimiento baterías Santitas     |                             |                                     |                              |                             |                                       |       |                                                                                                              |    |                       |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Herramienta manual                  |                             |                                     |                              |                             |                                       |       |                                                                                                              |    |                       |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿LA TAREA APLICACIÓN DE LA ACTIVIDAD? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOCUPACIONAL? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                     |                             |                                     |                              |                             |                                       |       |                                                                                                              |    |                       |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>TRABAJADORES AUTORIZADOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                     |                             |                                     |                              |                             |                                       |       |                                                                                                              |    |                       |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>REQUERIMIENTO DE APTITUD</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                     |                             |                                     |                              |                             |                                       |       |                                                                                                              |    |                       |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">NOMBRE DE LOS TRABAJADORES IDENTIFICACION</th> <th rowspan="2">CARGO</th> <th colspan="2">Ejerce condiciones de salud</th> <th colspan="2">Seguridad social vigente</th> <th colspan="2">¿Están capacitados para la actividad?</th> <th colspan="2">¿El trabajador tiene los conocimientos de producción personal y equipos que se encuentran aptos para su uso?</th> <th rowspan="2">Firma</th> </tr> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Durán Reyes</td> <td>Residente</td> <td>X</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td>Ref</td> </tr> <tr> <td>2. Javier Pedraza</td> <td>Maestro</td> <td>X</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td>96-7-18</td> </tr> <tr> <td>3. Luis Alejandro Vega</td> <td>Xox</td> <td>X</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td>Luis Vega</td> </tr> <tr> <td>4. Karen Giron</td> <td>Residente SST</td> <td>X</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td>W6</td> </tr> <tr> <td>5. Gabriel Johana Ortiz Alvarez</td> <td>As. Obi</td> <td>X</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td>gab</td> </tr> <tr> <td>6. Hana Ayaela Salazar</td> <td>As. Obi</td> <td>X</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td>Hana</td> </tr> <tr> <td>7. Ramiro Avella</td> <td>As. Obi</td> <td>X</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td>Ramiro</td> </tr> <tr> <td>8. Pineda Pineda</td> <td>Muestro</td> <td>X</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td>Pineda</td> </tr> <tr> <td>9.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>11.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>12.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>13.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>14.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |                                     |                             |                                     |                              |                             |                                       |       |                                                                                                              |    |                       |     | NOMBRE DE LOS TRABAJADORES IDENTIFICACION | CARGO | Ejerce condiciones de salud |     | Seguridad social vigente |                                     | ¿Están capacitados para la actividad? |                                     | ¿El trabajador tiene los conocimientos de producción personal y equipos que se encuentran aptos para su uso? |                                     | Firma                    | SI                                  | NO                      | SI                                  | NO         | SI                                  | NO                         | SI                                  | NO         | 1. Durán Reyes                      | Residente                                                                                     | X                                   |            | X                                   |                       | X                                   |            | X                                   |                         | Ref                                 | 2. Javier Pedraza | Maestro                             | X                                                                     |  | X |  | X                                 |  | X |  | 96-7-18  | 3. Luis Alejandro Vega | Xox | X |                                                                                      | X |  | X |                     | X |  | Luis Vega | 4. Karen Giron     | Residente SST | X |  | X                                                                  |  | X |  | X                   |  | W6 | 5. Gabriel Johana Ortiz Alvarez | As. Obi                      | X |  | X |                                                                | X |  | X |                       | gab | 6. Hana Ayaela Salazar | As. Obi | X                                |  | X |  | X                 |  | X |  | Hana      | 7. Ramiro Avella | As. Obi | X |                                 | X |  | X |              | X |  | Ramiro | 8. Pineda Pineda | Muestro | X |  | X                                             |  | X |  | X                |  | Pineda | 9. |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  | 10. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 11. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 12. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 13. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 14. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES IDENTIFICACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | CARGO                               | Ejerce condiciones de salud |                                     | Seguridad social vigente     |                             | ¿Están capacitados para la actividad? |       | ¿El trabajador tiene los conocimientos de producción personal y equipos que se encuentran aptos para su uso? |    | Firma                 |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                     | SI                          | NO                                  | SI                           | NO                          | SI                                    | NO    | SI                                                                                                           | NO |                       |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Durán Reyes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Residente                           | X                           |                                     | X                            |                             | X                                     |       | X                                                                                                            |    | Ref                   |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. Javier Pedraza                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Maestro                             | X                           |                                     | X                            |                             | X                                     |       | X                                                                                                            |    | 96-7-18               |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. Luis Alejandro Vega                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Xox                                 | X                           |                                     | X                            |                             | X                                     |       | X                                                                                                            |    | Luis Vega             |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. Karen Giron                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Residente SST                       | X                           |                                     | X                            |                             | X                                     |       | X                                                                                                            |    | W6                    |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. Gabriel Johana Ortiz Alvarez                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | As. Obi                             | X                           |                                     | X                            |                             | X                                     |       | X                                                                                                            |    | gab                   |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. Hana Ayaela Salazar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | As. Obi                             | X                           |                                     | X                            |                             | X                                     |       | X                                                                                                            |    | Hana                  |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. Ramiro Avella                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | As. Obi                             | X                           |                                     | X                            |                             | X                                     |       | X                                                                                                            |    | Ramiro                |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. Pineda Pineda                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Muestro                             | X                           |                                     | X                            |                             | X                                     |       | X                                                                                                            |    | Pineda                |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                     |                             |                                     |                              |                             |                                       |       |                                                                                                              |    |                       |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                             |                                     |                              |                             |                                       |       |                                                                                                              |    |                       |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                             |                                     |                              |                             |                                       |       |                                                                                                              |    |                       |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                             |                                     |                              |                             |                                       |       |                                                                                                              |    |                       |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                             |                                     |                              |                             |                                       |       |                                                                                                              |    |                       |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                             |                                     |                              |                             |                                       |       |                                                                                                              |    |                       |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                     |                             |                                     |                              |                             |                                       |       |                                                                                                              |    |                       |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS (seleccione según corresponda)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                             |                                     |                              |                             |                                       |       |                                                                                                              |    |                       |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Quemaduras de contacto</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Quemaduras</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Proyección de partículas</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Proyección de partículas</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Quemaduras de radiación</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Quemaduras</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Quemaduras de electricidad</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Quemaduras</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Quemaduras de fuego</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Quemaduras</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Quemaduras de vapor</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Quemaduras</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Quemaduras de explosión</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Quemaduras</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                     |                             |                                     |                              |                             |                                       |       |                                                                                                              |    |                       |     | SI                                        | NO    | SI                          | NO  | Quemaduras de contacto   | <input checked="" type="checkbox"/> | Quemaduras                            | <input checked="" type="checkbox"/> | Proyección de partículas                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Proyección de partículas | <input checked="" type="checkbox"/> | Quemaduras de radiación | <input checked="" type="checkbox"/> | Quemaduras | <input checked="" type="checkbox"/> | Quemaduras de electricidad | <input checked="" type="checkbox"/> | Quemaduras | <input checked="" type="checkbox"/> | Quemaduras de fuego                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | Quemaduras | <input checked="" type="checkbox"/> | Quemaduras de vapor   | <input checked="" type="checkbox"/> | Quemaduras | <input checked="" type="checkbox"/> | Quemaduras de explosión | <input checked="" type="checkbox"/> | Quemaduras        | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | NO                                  | SI                          | NO                                  |                              |                             |                                       |       |                                                                                                              |    |                       |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Quemaduras de contacto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | Quemaduras                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                              |                             |                                       |       |                                                                                                              |    |                       |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Proyección de partículas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | Proyección de partículas    | <input checked="" type="checkbox"/> |                              |                             |                                       |       |                                                                                                              |    |                       |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Quemaduras de radiación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | Quemaduras                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                              |                             |                                       |       |                                                                                                              |    |                       |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Quemaduras de electricidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | Quemaduras                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                              |                             |                                       |       |                                                                                                              |    |                       |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Quemaduras de fuego                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | Quemaduras                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                              |                             |                                       |       |                                                                                                              |    |                       |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Quemaduras de vapor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | Quemaduras                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                              |                             |                                       |       |                                                                                                              |    |                       |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Quemaduras de explosión                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | Quemaduras                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                              |                             |                                       |       |                                                                                                              |    |                       |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGÚN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                             |                                     |                              |                             |                                       |       |                                                                                                              |    |                       |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>TRABAJO EN ALTURAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |                             |                                     |                              |                             |                                       |       |                                                                                                              |    |                       |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>MECÁNICA DE PROTECCIÓN</th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>S/N</th> <th>MECÁNICA DE PROTECCIÓN</th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>S/N</th> <th>Control Trabajo en Alturas</th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>S/N</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ordenación del área</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Andamios</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>¿Se controla el sistema de línea para evitar que personal ajenos a la actividad se involucra?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Apertura de seguridad</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Escaleras</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>¿Se controla el riesgo de caída de herramientas o objetos de trabajo?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Verificación de puntos de anclaje</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Conector</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Definición del área</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Grúa no controlada</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>¿Los materiales y personal cuentan con licencias y calificaciones?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Línea de adherencia</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="4" rowspan="2">SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO</td> <td>¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en altura?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Trabajo en suspensión</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>¿Cuenta con los EPPs requeridos?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Control de acceso</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Prohibido</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>¿Se realizó inspección de EPPs?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Señalización</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Restricción</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>¿Se verificó competencia de los trabajadores?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>¿Otros? ¿Cuáles?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Definición</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>¿Cuenta con acompañamiento de personal de altura?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                     |                             |                                     |                              |                             |                                       |       |                                                                                                              |    |                       |     | MECÁNICA DE PROTECCIÓN                    | SI    | NO                          | S/N | MECÁNICA DE PROTECCIÓN   | SI                                  | NO                                    | S/N                                 | Control Trabajo en Alturas                                                                                   | SI                                  | NO                       | S/N                                 | Ordenación del área     |                                     |            |                                     | Andamios                   |                                     |            |                                     | ¿Se controla el sistema de línea para evitar que personal ajenos a la actividad se involucra? |                                     |            |                                     | Apertura de seguridad |                                     |            |                                     | Escaleras               |                                     |                   |                                     | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas o objetos de trabajo? |  |   |  | Verificación de puntos de anclaje |  |   |  | Conector |                        |     |   | ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad? |   |  |   | Definición del área |   |  |           | Grúa no controlada |               |   |  | ¿Los materiales y personal cuentan con licencias y calificaciones? |  |   |  | Línea de adherencia |  |    |                                 | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO |   |  |   | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en altura? |   |  |   | Trabajo en suspensión |     |                        |         | ¿Cuenta con los EPPs requeridos? |  |   |  | Control de acceso |  |   |  | Prohibido |                  |         |   | ¿Se realizó inspección de EPPs? |   |  |   | Señalización |   |  |        | Restricción      |         |   |  | ¿Se verificó competencia de los trabajadores? |  |   |  | ¿Otros? ¿Cuáles? |  |        |    | Definición |  |  |  | ¿Cuenta con acompañamiento de personal de altura? |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| MECÁNICA DE PROTECCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SI                                  | NO                          | S/N                                 | MECÁNICA DE PROTECCIÓN       | SI                          | NO                                    | S/N   | Control Trabajo en Alturas                                                                                   | SI | NO                    | S/N |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ordenación del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                             |                                     | Andamios                     |                             |                                       |       | ¿Se controla el sistema de línea para evitar que personal ajenos a la actividad se involucra?                |    |                       |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Apertura de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                     |                             |                                     | Escaleras                    |                             |                                       |       | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas o objetos de trabajo?                                        |    |                       |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Verificación de puntos de anclaje                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                     |                             |                                     | Conector                     |                             |                                       |       | ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?                         |    |                       |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Definición del área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                             |                                     | Grúa no controlada           |                             |                                       |       | ¿Los materiales y personal cuentan con licencias y calificaciones?                                           |    |                       |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Línea de adherencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                             |                                     | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO |                             |                                       |       | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en altura?                                               |    |                       |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Trabajo en suspensión                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                     |                             |                                     |                              |                             |                                       |       | ¿Cuenta con los EPPs requeridos?                                                                             |    |                       |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Control de acceso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                     |                             |                                     | Prohibido                    |                             |                                       |       | ¿Se realizó inspección de EPPs?                                                                              |    |                       |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Señalización                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                     |                             |                                     | Restricción                  |                             |                                       |       | ¿Se verificó competencia de los trabajadores?                                                                |    |                       |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Otros? ¿Cuáles?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                             |                                     | Definición                   |                             |                                       |       | ¿Cuenta con acompañamiento de personal de altura?                                                            |    |                       |     |                                           |       |                             |     |                          |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                          |                                     |                         |                                     |            |                                     |                            |                                     |            |                                     |                                                                                               |                                     |            |                                     |                       |                                     |            |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                                                       |  |   |  |                                   |  |   |  |          |                        |     |   |                                                                                      |   |  |   |                     |   |  |           |                    |               |   |  |                                                                    |  |   |  |                     |  |    |                                 |                              |   |  |   |                                                                |   |  |   |                       |     |                        |         |                                  |  |   |  |                   |  |   |  |           |                  |         |   |                                 |   |  |   |              |   |  |        |                  |         |   |  |                                               |  |   |  |                  |  |        |    |            |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

80

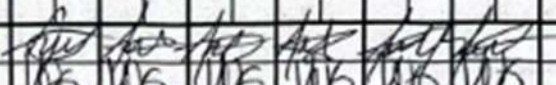
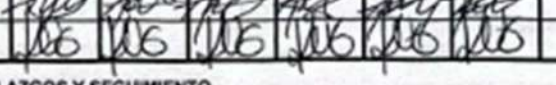


| SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO                                     |                                     |                                                                    |                                      |                                     |                                     |                                           |                                     |                                                                    |                                     | FORMA 001-2018                      |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| FORMATO PERIÓDICO DE TRABAJO                                                           |                                     |                                                                    |                                      |                                     |                                     |                                           |                                     |                                                                    |                                     | VERSIÓN 01                          |                          |
| Elaboró: Coordinador del                                                               |                                     |                                                                    |                                      |                                     |                                     |                                           |                                     |                                                                    |                                     | Aprobó: Representante legal         |                          |
| Página 1 de 1                                                                          |                                     |                                                                    |                                      |                                     |                                     |                                           |                                     |                                                                    |                                     |                                     |                          |
| CENTRO DE TRABAJO                                                                      | AREA/LUGAR                          | FECHA DE INICIO                                                    | FECHA DE FIN                         | FECHA DE EVALUACIÓN                 | HORA FINAL                          | TIPO DE TRABAJO                           | RESPONSABLE                         |                                                                    |                                     |                                     |                          |
| 000000-604                                                                             | Obra de                             | 28.02.2018                                                         | 28.02.2018                           | 28.02.2018                          | 5:00 PM                             | NO SUBSISTENTE                            | Javier Araya                        |                                                                    |                                     |                                     |                          |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD                                                            |                                     | Mantenimiento bases Contador                                       |                                      |                                     |                                     | ¿LA ACTIVIDAD TIENE UN PROCEDIMIENTO?     |                                     | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                     |                                     |                          |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR                                                      |                                     | Herramienta manual                                                 |                                      |                                     |                                     | ¿SE ENCONTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO? |                                     | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                     |                                     |                          |
| ¿SE HA IDENTIFICADO EL RIESGO?                                                         |                                     | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                      |                                     |                                     | ¿SE HA IDENTIFICADO EL RIESGO?            |                                     | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                     |                                     |                          |
| REQUERIMIENTO DE APTITUD                                                               |                                     |                                                                    |                                      |                                     |                                     |                                           |                                     |                                                                    |                                     |                                     |                          |
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES IDENTIFICACIÓN                                              |                                     | CARGO                                                              | ¿Cumple con los requisitos de salud? | ¿Exposición a agentes químicos?     | ¿Exposición a agentes físicos?      | ¿Exposición a agentes biológicos?         | ¿Exposición a agentes ergonómicos?  | ¿Exposición a agentes psicosociales?                               | Firma                               |                                     |                          |
| 1. Durán Rivas                                                                         |                                     | Residente O                                                        | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>                                | Dura                                |                                     |                          |
| 2. Luis Alejandro Vega                                                                 |                                     | Avx                                                                | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>                                | Luis Vega                           |                                     |                          |
| 3. Harold Alejandro Salazar                                                            |                                     | Avx                                                                | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>                                | Harold                              |                                     |                          |
| 4. Fabian Alejandro Ortiz Alvarez                                                      |                                     | Avx                                                                | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>                                | Fabian                              |                                     |                          |
| 5. Javier Pedraza                                                                      |                                     | Avx                                                                | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>                                | Javier                              |                                     |                          |
| 6. Yonatan Giron                                                                       |                                     | Avx                                                                | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>                                | Yonatan                             |                                     |                          |
| 7. Ramiro Arilla                                                                       |                                     | Avx                                                                | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>                                | Ramiro                              |                                     |                          |
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                            |                                     |                                                                    |                                      |                                     |                                     |                                           |                                     |                                                                    |                                     |                                     |                          |
| SE                                                                                     | NO                                  | SE                                                                 | NO                                   | SE                                  | NO                                  | SE                                        | NO                                  | SE                                                                 | NO                                  | SE                                  | NO                       |
| Chaleco de seguridad                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                           | Guantes                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Botas                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                           | Capacete                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Protección facial                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                           | Botas                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Capacete                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                           | Protección auditiva                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bata de seguridad                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                           | Chaleco                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Botas                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                           | Protección ocular                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Guantes de seguridad                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                           | Botas                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Capacete                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                           | Protección auditiva                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Protección ocular                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                           | Botas                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Capacete                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                           | Protección auditiva                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Protección auditiva                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                           | Botas                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Capacete                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                           | Protección auditiva                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Protección auditiva                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                           | Botas                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Capacete                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                           | Protección auditiva                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGUN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |                                     |                                                                    |                                      |                                     |                                     |                                           |                                     |                                                                    |                                     |                                     |                          |
| TRABAJO EN ALTURAS                                                                     |                                     |                                                                    |                                      |                                     |                                     |                                           |                                     |                                                                    |                                     |                                     |                          |
| RIESGOS DE PREVENCIÓN                                                                  | SI                                  | NO                                                                 | N/A                                  | RIESGOS DE ACCIDENTES               | SI                                  | NO                                        | N/A                                 | RIESGOS DE ACCIDENTES                                              | SI                                  | NO                                  | N/A                      |
| Identificación del área                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                           | <input type="checkbox"/>             | Identificación del área             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | Identificación del área                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Apertura de seguridad                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                           | <input type="checkbox"/>             | Apertura de seguridad               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | Apertura de seguridad                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Verificación de puntos de escape                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                           | <input type="checkbox"/>             | Verificación de puntos de escape    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | Verificación de puntos de escape                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Identificación del área                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                           | <input type="checkbox"/>             | Identificación del área             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | Identificación del área                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Uso de señalización                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                           | <input type="checkbox"/>             | Uso de señalización                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | Uso de señalización                                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Trabajo en suspensión                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                           | <input type="checkbox"/>             | Trabajo en suspensión               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | Trabajo en suspensión                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Control de acceso                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                           | <input type="checkbox"/>             | Control de acceso                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | Control de acceso                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Reserva                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                           | <input type="checkbox"/>             | Reserva                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | Reserva                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| ¿Otro? ¿Cuál?                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                           | <input type="checkbox"/>             | ¿Otro? ¿Cuál?                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>            | ¿Otro? ¿Cuál?                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |

| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |    |                                                                                                          |                   |     |                                                                                |                                    |    |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----|-----|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                       |    | CONEXIONES MÍNIMAS REQUERIDAS PARA SUBCUTIR LA ACTIVIDAD                                                 |                   |     |                                                                                | SI                                 | NO | N/A |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SI                    | NO | Existen planes que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                         |                   |     |                                                                                |                                    |    |     |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |    | Fueron asegurados los sentidos para prevenir la caídas de objetos                                        |                   |     |                                                                                |                                    |    |     |
| Gorra tipo avestruz                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |    | Los trabajadores de trabajo varían altitud y están en buen estado                                        |                   |     |                                                                                |                                    |    |     |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |    | Acceso al área de trabajo                                                                                |                   |     |                                                                                |                                    |    |     |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |    | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                     |                   |     |                                                                                |                                    |    |     |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |    | La maquinaria operará dentro de las condiciones seguras para la operación                                |                   |     |                                                                                |                                    |    |     |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |    | DISEÑO DE CARGAS                                                                                         |                   |     |                                                                                | BLOQUEO ENRIQUECIMIENTO PELIGROSAS |    |     |
| ¿Se tiene un plan de trabajo para el trabajo en caliente?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | SI                    | NO | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen, del material a excavar o mover)? | SI                | NO  | ¿Se cuenta con un plan de bloqueo?                                             | SI                                 | NO | N/A |
| ¿Se tienen todos los permisos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |    | ¿Se realizó inspección pre-operacional a los equipos de trabajo?                                         |                   |     | ¿Se cuenta con un plan de bloqueo?                                             |                                    |    |     |
| ¿Cuentan con el equipo?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |    | ¿Se verificaron los operadores y asegurados antes de comenzar a la excavación del equipo a operar?       |                   |     | ¿Se cuenta con un plan de bloqueo?                                             |                                    |    |     |
| ¿Existen y están en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |    | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de apoyo?                                                 |                   |     | ¿Se cuenta con un plan de bloqueo?                                             |                                    |    |     |
| ¿Se tienen manuales de operación?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |    | ¿Cuentan con sistemas de bloqueo, en buen estado y son adecuados a la actividad?                         |                   |     | ¿Se cuenta con un plan de bloqueo?                                             |                                    |    |     |
| ¿Materiales y equipos necesarios?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |    | ¿Se cuenta con un plan de bloqueo para la actividad?                                                     |                   |     | ¿Se cuenta con un plan de bloqueo?                                             |                                    |    |     |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |    | SUSTANCIAS QUÍMICAS                                                                                      |                   |     |                                                                                | SI                                 | NO | N/A |
| ¿El área de trabajo es limpia y libre de obstáculos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |    | SI                                                                                                       | NO                | N/A | ¿Se cuenta con los fichas de seguridad de las sustancias químicas en el sitio? | SI                                 | NO | N/A |
| Se cuenta con medidas para almacenamiento de residuos orgánicos y peligrosos (residuos, gases, otros)                                                                                                                                                                                                                                                                           |                       |    | SI                                                                                                       | NO                | N/A | ¿Se cuenta con los fichas de seguridad de las sustancias químicas en el sitio? | SI                                 | NO | N/A |
| Los datos técnicos contenidos que el área de trabajo lo está verificando al igual que los procedimientos de seguridad necesarios y se aplican los procedimientos. Los operadores son responsables por conocer y aplicar los procedimientos regidos de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente. |                       |    |                                                                                                          |                   |     |                                                                                |                                    |    |     |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |    |                                                                                                          |                   |     |                                                                                |                                    |    |     |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | NOMBRE Y APELLIDO     |    | CÉDULA                                                                                                   | FIRMA DE APERTURA |     | FIRMA DE CIERRE                                                                |                                    |    |     |
| RESIDENTE DE OMAA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Doris Danilo Reyes F. |    | 1002461522                                                                                               | [Firma]           |     | [Firma]                                                                        |                                    |    |     |
| USAR DE OMAA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Hannes Javier Pabaza  |    | 91396939                                                                                                 | [Firma]           |     | [Firma]                                                                        |                                    |    |     |
| SEER OMAA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Karen Viviana Guzmán  |    | 1059601023                                                                                               | [Firma]           |     | [Firma]                                                                        |                                    |    |     |

## **ANEXO 4. INSPECCIÓN DE HERRAMIENTA**

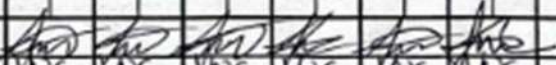
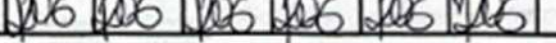


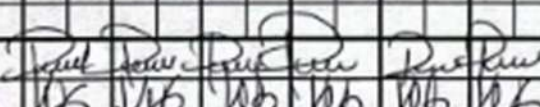
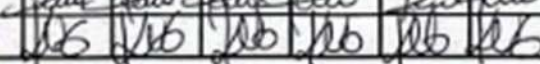
|  |                           | PRE-OPERACIONAL DE HERRAMIENTA MENOR                                                 |   |        |   |                                |   |        |   |         |             |        |   |         |   | Fecha: 01-08-2025 |  |                      |  |    |  |            |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---|--------|---|--------------------------------|---|--------|---|---------|-------------|--------|---|---------|---|-------------------|--|----------------------|--|----|--|------------|--|
| UBICACIÓN                                                                         |                           | Sena - Cedeagro                                                                      |   |        |   |                                |   |        |   |         |             |        |   |         |   | OPERADOR          |  | Giridillo Obra Civil |  |    |  |            |  |
| PROYECTO                                                                          |                           | Mantenimiento                                                                        |   |        |   |                                |   |        |   |         |             |        |   |         |   | SEMANA DEL        |  | 02/02/2026           |  | AL |  | 07/02/2026 |  |
| barreras                                                                          |                           |                                                                                      |   |        |   |                                |   |        |   |         |             |        |   |         |   |                   |  |                      |  |    |  |            |  |
| ITEM                                                                              | CONCEPTO                  | LUNES                                                                                |   | MARTES |   | MIÉRC.                         |   | JUEVES |   | VIERNES |             | SABADO |   | DOMINGO |   |                   |  |                      |  |    |  |            |  |
|                                                                                   |                           | E                                                                                    | M | E      | M | E                              | M | E      | M | E       | M           | E      | M | E       | M |                   |  |                      |  |    |  |            |  |
| ESTADO GENERAL                                                                    | Juego de destornilladores | /                                                                                    |   | X      |   | /                              |   | /      |   | /       |             | /      |   | /       |   |                   |  |                      |  |    |  |            |  |
|                                                                                   | Juego de alicates         |                                                                                      |   |        |   |                                |   |        |   |         |             |        |   |         |   |                   |  |                      |  |    |  |            |  |
|                                                                                   | Pica                      | /                                                                                    |   | X      |   | /                              |   | /      |   | /       |             | /      |   | /       |   |                   |  |                      |  |    |  |            |  |
|                                                                                   | Bisturi                   | /                                                                                    |   | X      |   | /                              |   | /      |   | /       |             | /      |   | /       |   |                   |  |                      |  |    |  |            |  |
|                                                                                   | Pala                      | /                                                                                    |   | X      |   | /                              |   | /      |   | /       |             | /      |   | /       |   |                   |  |                      |  |    |  |            |  |
|                                                                                   | Prensa para terminales    |                                                                                      |   |        |   |                                |   |        |   |         |             |        |   |         |   |                   |  |                      |  |    |  |            |  |
|                                                                                   | Equipo soldadura          |                                                                                      |   |        |   |                                |   |        |   |         |             |        |   |         |   |                   |  |                      |  |    |  |            |  |
|                                                                                   | Juegos de llaves bristol  |                                                                                      |   |        |   |                                |   |        |   |         |             |        |   |         |   |                   |  |                      |  |    |  |            |  |
|                                                                                   | Juego de llaves métricas  | /                                                                                    |   | X      |   | /                              |   | /      |   | /       |             | /      |   | /       |   |                   |  |                      |  |    |  |            |  |
|                                                                                   | Maceta                    |                                                                                      |   |        |   |                                |   |        |   |         |             |        |   |         |   |                   |  |                      |  |    |  |            |  |
|                                                                                   | Nivel de gota             | /                                                                                    |   | X      |   | /                              |   | /      |   | /       |             | /      |   | /       |   |                   |  |                      |  |    |  |            |  |
|                                                                                   | Cautín                    | /                                                                                    |   | X      |   | /                              |   | /      |   | /       |             | /      |   | /       |   |                   |  |                      |  |    |  |            |  |
|                                                                                   | Cinta métrica             |                                                                                      |   |        |   |                                |   |        |   |         |             |        |   |         |   |                   |  |                      |  |    |  |            |  |
|                                                                                   | Martillo                  | /                                                                                    |   | X      |   | /                              |   | /      |   | /       |             | /      |   | /       |   |                   |  |                      |  |    |  |            |  |
|                                                                                   | Llave expansiva           | /                                                                                    |   | X      |   | /                              |   | /      |   | /       |             | /      |   | /       |   |                   |  |                      |  |    |  |            |  |
|                                                                                   | Escuadra metálica         | /                                                                                    |   | X      |   | /                              |   | /      |   | /       |             | /      |   | /       |   |                   |  |                      |  |    |  |            |  |
|                                                                                   | Espátula                  | /                                                                                    |   | X      |   | /                              |   | /      |   | /       |             | /      |   | /       |   |                   |  |                      |  |    |  |            |  |
|                                                                                   | Pulidora                  | /                                                                                    |   | X      |   | /                              |   | /      |   | /       |             | /      |   | /       |   |                   |  |                      |  |    |  |            |  |
|                                                                                   | Cegüeta                   |                                                                                      |   |        |   |                                |   |        |   |         |             |        |   |         |   |                   |  |                      |  |    |  |            |  |
|                                                                                   | Cinzel                    |                                                                                      |   |        |   |                                |   |        |   |         |             |        |   |         |   |                   |  |                      |  |    |  |            |  |
|                                                                                   | Simbra                    |                                                                                      |   |        |   |                                |   |        |   |         |             |        |   |         |   |                   |  |                      |  |    |  |            |  |
|                                                                                   | Carretilla                | /                                                                                    |   | X      |   | /                              |   | /      |   | /       |             | /      |   | /       |   |                   |  |                      |  |    |  |            |  |
|                                                                                   | Hombre solo               |                                                                                      |   |        |   |                                |   |        |   |         |             |        |   |         |   |                   |  |                      |  |    |  |            |  |
|                                                                                   | Pinza                     |                                                                                      |   |        |   |                                |   |        |   |         |             |        |   |         |   |                   |  |                      |  |    |  |            |  |
| Otro:                                                                             |                           |                                                                                      |   |        |   |                                |   |        |   |         |             |        |   |         |   |                   |  |                      |  |    |  |            |  |
| FIRMA                                                                             | FIRMA OPERADOR            |  |   |        |   |                                |   |        |   |         |             |        |   |         |   |                   |  |                      |  |    |  |            |  |
|                                                                                   | VERIFICACIÓN SST          |  |   |        |   |                                |   |        |   |         |             |        |   |         |   |                   |  |                      |  |    |  |            |  |
| HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO                                                           |                           |                                                                                      |   |        |   |                                |   |        |   |         |             |        |   |         |   |                   |  |                      |  |    |  |            |  |
| FECHA                                                                             | HALLAZGO                  |                                                                                      |   |        |   | ACCIÓN CORRECTIVA / PREVENTIVA |   |        |   |         | RESPONSABLE |        |   | FECHA   |   |                   |  |                      |  |    |  |            |  |
|                                                                                   |                           |                                                                                      |   |        |   |                                |   |        |   |         |             |        |   |         |   |                   |  |                      |  |    |  |            |  |
|                                                                                   |                           |                                                                                      |   |        |   |                                |   |        |   |         |             |        |   |         |   |                   |  |                      |  |    |  |            |  |



|  |                  | PRE-OPERACIONAL DE HERRAMIENTA MENOR |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | Fecha: 01-08-2025              |   |                    |   |        |   |            |   |         |   |             |  |         |  |   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--------------------------------|---|--------------------|---|--------|---|------------|---|---------|---|-------------|--|---------|--|---|--|
| UBICACIÓN                                                                         |                  | Sena - Dedegua                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | OPERADOR                       |   | Cuadilla dora ciul |   |        |   |            |   |         |   |             |  |         |  |   |  |
| PROYECTO                                                                          |                  | Monteunido batavos                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | SEMANA DEL                     |   | 09/02/2026         |   | AL     |   | 14/02/2026 |   |         |   |             |  |         |  |   |  |
| ITEM                                                                              |                  | CONCEPTO                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | LUNES                          |   | MARTES             |   | MIÉRC. |   | JUEVES     |   | VIERNES |   | SABADO      |  | DOMINGO |  |   |  |
|                                                                                   |                  |                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | D                              |   | M                  |   | D      |   | M          |   | D       |   | M           |  | D       |  | M |  |
| ESTADO GENERAL                                                                    |                  | Juego de destornilladores            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | /                              |   | /                  |   | /      |   | /          |   | /       |   |             |  |         |  |   |  |
|                                                                                   |                  | Juego de alicates                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | /                              |   |                    |   |        |   |            |   |         |   |             |  |         |  |   |  |
|                                                                                   |                  | Pica                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | /                              |   |                    |   |        |   |            |   |         |   |             |  |         |  |   |  |
|                                                                                   |                  | Bisturi                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | /                              |   | /                  |   | /      |   | /          |   |         |   |             |  |         |  |   |  |
|                                                                                   |                  | Pala                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | /                              |   | /                  |   |        |   |            |   |         |   |             |  |         |  |   |  |
|                                                                                   |                  | Prensa para terminales               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |                                |   |                    |   |        |   |            |   |         |   |             |  |         |  |   |  |
|                                                                                   |                  | Equipo soldadura                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |                                |   |                    |   |        |   |            |   |         |   |             |  |         |  |   |  |
|                                                                                   |                  | Juegos de llaves bristol             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |                                |   | /                  |   | /      |   |            |   |         |   |             |  |         |  |   |  |
|                                                                                   |                  | Juego de llaves mixtas               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |                                |   |                    |   |        |   |            |   |         |   |             |  |         |  |   |  |
|                                                                                   |                  | Maceta                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | /                              |   | /                  |   | /      |   | /          |   |         |   |             |  |         |  |   |  |
|                                                                                   |                  | Nivel de gota                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | /                              |   |                    |   | /      |   | /          |   | /       |   |             |  |         |  |   |  |
|                                                                                   |                  | Cautín                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |                                |   |                    |   |        |   |            |   |         |   |             |  |         |  |   |  |
|                                                                                   |                  | Cinta métrica                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |                                |   |                    |   |        |   |            |   |         |   |             |  |         |  |   |  |
|                                                                                   |                  | Martillo                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | /                              |   | /                  |   | /      |   | /          |   |         |   |             |  |         |  |   |  |
|                                                                                   |                  | Llave expansiva                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |                                |   |                    |   |        |   |            |   |         |   |             |  |         |  |   |  |
|                                                                                   |                  | Escuadra metálica                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |                                |   |                    |   |        |   |            |   |         |   |             |  |         |  |   |  |
|                                                                                   |                  | Espátula                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | /                              |   |                    |   | /      |   |            |   |         |   |             |  |         |  |   |  |
|                                                                                   |                  | Pulidora                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | /                              |   | /                  |   | /      |   | /          |   | /       |   |             |  |         |  |   |  |
|                                                                                   |                  | Cegueta                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |                                |   |                    |   |        |   |            |   |         |   |             |  |         |  |   |  |
|                                                                                   |                  | Cinzel                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |                                |   |                    |   |        |   |            |   |         |   |             |  |         |  |   |  |
|                                                                                   |                  | Simbra                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | /                              |   | /                  |   | /      |   | /          |   |         |   |             |  |         |  |   |  |
|                                                                                   |                  | Carretilla                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | /                              |   | /                  |   | /      |   | /          |   | /       |   |             |  |         |  |   |  |
|                                                                                   |                  | Hombre solo                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | /                              |   |                    |   |        |   |            |   |         |   |             |  |         |  |   |  |
|                                                                                   |                  | Pinza                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |                                |   |                    |   |        |   |            |   |         |   |             |  |         |  |   |  |
|                                                                                   |                  | Otro:                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |                                |   |                    |   |        |   |            |   |         |   |             |  |         |  |   |  |
|                                                                                   |                  |                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |                                |   |                    |   |        |   |            |   |         |   |             |  |         |  |   |  |
|                                                                                   |                  |                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |                                |   |                    |   |        |   |            |   |         |   |             |  |         |  |   |  |
| FIRMA                                                                             | FIRMA OPERADOR   |                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | / |                                | / |                    | / |        | / |            | / |         | / |             |  |         |  |   |  |
|                                                                                   | VERIFICACIÓN SST |                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | / |                                | / |                    | / |        | / |            | / |         | / |             |  |         |  |   |  |
| HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO                                                           |                  |                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |                                |   |                    |   |        |   |            |   |         |   |             |  |         |  |   |  |
| FECHA                                                                             |                  | HALLAZGO                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | ACCIÓN CORRECTIVA / PREVENTIVA |   |                    |   |        |   |            |   |         |   | RESPONSABLE |  | FECHA   |  |   |  |
|                                                                                   |                  |                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |                                |   |                    |   |        |   |            |   |         |   |             |  |         |  |   |  |
|                                                                                   |                  |                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |                                |   |                    |   |        |   |            |   |         |   |             |  |         |  |   |  |



|  |                           | PRE-OPERACIONAL DE HERRAMIENTA MENOR                                                 |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   | Fecha: 01-08-2025 |  |                    |  |    |  |          |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---|--------|--------------------------------|--------|---|--------|-------------|---------|---|--------|-------|---------|---|-------------------|--|--------------------|--|----|--|----------|--|
| UBICACIÓN                                                                         |                           | Smo - Pedregno                                                                       |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   | OPERADOR          |  | Nedillo Obra Civil |  |    |  |          |  |
| PROYECTO                                                                          |                           | Mantenimiento baños sanitarios                                                       |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   | SEMANA DEL        |  | 16-02-26           |  | AL |  | 21-02-26 |  |
| ITEM                                                                              | CONCEPTO                  | LUNES                                                                                |   | MARTES |                                | MIÉRC. |   | JUEVES |             | VIERNES |   | SABADO |       | DOMINGO |   |                   |  |                    |  |    |  |          |  |
|                                                                                   |                           | D                                                                                    | M | D      | M                              | D      | M | D      | M           | D       | M | D      | M     | D       | M |                   |  |                    |  |    |  |          |  |
| ESTADO GENERAL                                                                    | Juego de destornilladores | /                                                                                    |   | /      |                                | /      |   | /      |             | /       |   | /      |       |         |   |                   |  |                    |  |    |  |          |  |
|                                                                                   | Juego de alicates         | /                                                                                    |   |        |                                | /      |   | /      |             | /       |   | /      |       |         |   |                   |  |                    |  |    |  |          |  |
|                                                                                   | Pica                      | /                                                                                    |   |        |                                |        |   | /      |             |         |   | /      |       |         |   |                   |  |                    |  |    |  |          |  |
|                                                                                   | Bisturi                   | /                                                                                    |   | /      |                                | /      |   | /      |             |         |   | /      |       |         |   |                   |  |                    |  |    |  |          |  |
|                                                                                   | Pala                      | /                                                                                    |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |                   |  |                    |  |    |  |          |  |
|                                                                                   | Prensa para terminales    |                                                                                      |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |                   |  |                    |  |    |  |          |  |
|                                                                                   | Equipo soldadura          |                                                                                      |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |                   |  |                    |  |    |  |          |  |
|                                                                                   | Juegos de llaves bristol  |                                                                                      |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |                   |  |                    |  |    |  |          |  |
|                                                                                   | Juego de llaves mixtas    |                                                                                      |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |                   |  |                    |  |    |  |          |  |
|                                                                                   | Maceta                    | /                                                                                    |   | /      |                                |        |   | /      |             | /       |   | /      |       |         |   |                   |  |                    |  |    |  |          |  |
|                                                                                   | Nivel de gota             |                                                                                      |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |                   |  |                    |  |    |  |          |  |
|                                                                                   | Cautín                    |                                                                                      |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |                   |  |                    |  |    |  |          |  |
|                                                                                   | Cinta métrica             |                                                                                      |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |                   |  |                    |  |    |  |          |  |
|                                                                                   | Martillo                  | /                                                                                    |   | /      |                                | /      |   | /      |             | /       |   | /      |       |         |   |                   |  |                    |  |    |  |          |  |
|                                                                                   | Llave expansiva           |                                                                                      |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |                   |  |                    |  |    |  |          |  |
|                                                                                   | Escuadra metálica         |                                                                                      |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |                   |  |                    |  |    |  |          |  |
|                                                                                   | Espátula                  | /                                                                                    |   | /      |                                |        |   | /      |             | /       |   | /      |       |         |   |                   |  |                    |  |    |  |          |  |
|                                                                                   | Pulidora                  | /                                                                                    |   | /      |                                | /      |   | /      |             | /       |   | /      |       |         |   |                   |  |                    |  |    |  |          |  |
|                                                                                   | Ceguela                   |                                                                                      |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |                   |  |                    |  |    |  |          |  |
|                                                                                   | Cinzel                    |                                                                                      |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |                   |  |                    |  |    |  |          |  |
|                                                                                   | Sirbra                    | /                                                                                    |   | /      |                                | /      |   | /      |             | /       |   | /      |       |         |   |                   |  |                    |  |    |  |          |  |
|                                                                                   | Carretilla                | /                                                                                    |   | /      |                                | /      |   | /      |             | /       |   | /      |       |         |   |                   |  |                    |  |    |  |          |  |
|                                                                                   | Hombre solo               |                                                                                      |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |                   |  |                    |  |    |  |          |  |
|                                                                                   | Pinza                     |                                                                                      |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |                   |  |                    |  |    |  |          |  |
|                                                                                   | Otro:                     |                                                                                      |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |                   |  |                    |  |    |  |          |  |
| FIRMA                                                                             | FIRMA OPERADOR            |  |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |                   |  |                    |  |    |  |          |  |
|                                                                                   | VERIFICACIÓN SST          |  |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |                   |  |                    |  |    |  |          |  |
| HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO                                                           |                           |                                                                                      |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |                   |  |                    |  |    |  |          |  |
| FECHA                                                                             | HALLAZGO                  |                                                                                      |   |        | ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA |        |   |        | RESPONSABLE |         |   |        | FECHA |         |   |                   |  |                    |  |    |  |          |  |
|                                                                                   |                           |                                                                                      |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |                   |  |                    |  |    |  |          |  |
|                                                                                   |                           |                                                                                      |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |                   |  |                    |  |    |  |          |  |

|  |                           | PRE-OPERACIONAL DE HERRAMIENTA MENOR                                                 |   |            |                                |                     |   |        | Fecha: 01-08-2025 |          |   |        |       |         |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---|------------|--------------------------------|---------------------|---|--------|-------------------|----------|---|--------|-------|---------|---|
| USICACIÓN                                                                         |                           | Cafreago                                                                             |   | OPERADOR   |                                | Cuchillo Obra Civil |   |        |                   |          |   |        |       |         |   |
| PROYECTO                                                                          |                           | Mto. baterías<br>Santónicas                                                          |   | SEMANA DEL |                                | 23-02-25            |   | AL     |                   | 28-02-25 |   |        |       |         |   |
| ITEM                                                                              | CONCEPTO                  | LUNES                                                                                |   | MARTES     |                                | MIÉRC.              |   | JUEVES |                   | VIERNES  |   | SABADO |       | DOMINGO |   |
|                                                                                   |                           | D                                                                                    | M | D          | M                              | D                   | M | D      | M                 | D        | M | D      | M     | D       | M |
|                                                                                   |                           |                                                                                      |   |            |                                |                     |   |        |                   |          |   |        |       |         |   |
| ESTADO GENERAL                                                                    | Juego de destornilladores | ✓                                                                                    |   | ✓          |                                |                     |   | ✓      |                   | ✓        |   | ✓      |       |         |   |
|                                                                                   | Juego de alicates         | ✓                                                                                    |   | ✓          |                                |                     |   | ✓      |                   | ✓        |   | ✓      |       |         |   |
|                                                                                   | Pica                      |                                                                                      |   | ✓          |                                | ✓                   |   | ✓      |                   | ✓        |   | ✓      |       |         |   |
|                                                                                   | Bisturi                   |                                                                                      |   | ✓          |                                |                     |   |        |                   |          |   |        |       |         |   |
|                                                                                   | Pala                      | ✓                                                                                    |   | ✓          |                                | ✓                   |   | ✓      |                   |          |   | ✓      |       |         |   |
|                                                                                   | Prensa para terminales    |                                                                                      |   |            |                                |                     |   |        |                   |          |   |        |       |         |   |
|                                                                                   | Equipo soldadura          |                                                                                      |   |            |                                |                     |   |        |                   |          |   |        |       |         |   |
|                                                                                   | Juegos de llaves bristol  |                                                                                      |   |            |                                |                     |   |        |                   |          |   |        |       |         |   |
|                                                                                   | Juego de llaves mixtas    |                                                                                      |   |            |                                |                     |   |        |                   |          |   |        |       |         |   |
|                                                                                   | Maceta                    | ✓                                                                                    |   | ✓          |                                | ✓                   |   | ✓      |                   | ✓        |   | ✓      |       |         |   |
|                                                                                   | Nivel de gota             |                                                                                      |   |            |                                |                     |   |        |                   |          |   |        |       |         |   |
|                                                                                   | Caulín                    |                                                                                      |   |            |                                |                     |   |        |                   |          |   |        |       |         |   |
|                                                                                   | Cinta métrica             |                                                                                      |   |            |                                |                     |   |        |                   |          |   |        |       |         |   |
|                                                                                   | Martillo                  |                                                                                      |   | ✓          |                                | ✓                   |   | ✓      |                   | ✓        |   | ✓      |       |         |   |
|                                                                                   | Llave expansiva           | ✓                                                                                    |   |            |                                |                     |   |        |                   |          |   |        |       |         |   |
|                                                                                   | Escuadra metálica         |                                                                                      |   |            |                                |                     |   |        |                   |          |   |        |       |         |   |
|                                                                                   | Espátula                  | ✓                                                                                    |   |            |                                |                     |   | ✓      |                   |          |   | ✓      |       |         |   |
|                                                                                   | Pulidora                  |                                                                                      |   |            |                                |                     |   |        |                   |          |   |        |       |         |   |
|                                                                                   | Ceguela                   |                                                                                      |   |            |                                |                     |   |        |                   |          |   |        |       |         |   |
|                                                                                   | Cinzel                    |                                                                                      |   |            |                                |                     |   |        |                   |          |   |        |       |         |   |
|                                                                                   | Simbra                    |                                                                                      |   |            |                                |                     |   |        |                   |          |   |        |       |         |   |
|                                                                                   | Carretilla                | ✓                                                                                    |   | ✓          |                                | ✓                   |   | ✓      |                   | ✓        |   | ✓      |       |         |   |
|                                                                                   | Hombre solo               |                                                                                      |   |            |                                |                     |   |        |                   |          |   |        |       |         |   |
|                                                                                   | Pinza                     |                                                                                      |   |            |                                |                     |   |        |                   |          |   |        |       |         |   |
|                                                                                   | Otro:                     |                                                                                      |   |            |                                |                     |   |        |                   |          |   |        |       |         |   |
| FIRMA                                                                             | FIRMA OPERADOR            |  |   |            |                                |                     |   |        |                   |          |   |        |       |         |   |
|                                                                                   | VERIFICACIÓN SST          |  |   |            |                                |                     |   |        |                   |          |   |        |       |         |   |
| HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO                                                           |                           |                                                                                      |   |            |                                |                     |   |        |                   |          |   |        |       |         |   |
| FECHA                                                                             | HALLAZGO                  |                                                                                      |   |            | ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA |                     |   |        | RESPONSABLE       |          |   |        | FECHA |         |   |
|                                                                                   |                           |                                                                                      |   |            |                                |                     |   |        |                   |          |   |        |       |         |   |
|                                                                                   |                           |                                                                                      |   |            |                                |                     |   |        |                   |          |   |        |       |         |   |

## **ANEXO 6. FICHA DE DATOS DE SEGURIDAD**



## Ficha de datos de seguridad

**Producto:** CEMENTOS GRISES Y BLANCOS

**Fecha de edición:** 19/07/2018. Versión 5 - 01/09/2025. Sustituye a todas las versiones anteriores.

De acuerdo al Reglamento REACH (CE) n° 1907/2006 y sus posteriores modificaciones.  
De acuerdo a "Guidelines for the safety data sheet template for common cement" de 2020 de CEMBUROAU.  
Basada en el modelo de Ficha de Datos de Seguridad realizada por CIFCIS/EN para el sector cementero español según la guía europea armonizada de CEMBUROAU.

### SECCIÓN 1: Identificación de la sustancia o la mezcla y de la sociedad o la empresa

#### 1.1. Identificador del producto

Cementos grises y blancos, según se indican en la tabla siguiente:

| CEMENT            | N° UFI              | CEMENT                 | N° UFI              |
|-------------------|---------------------|------------------------|---------------------|
| BL I S2,5 R       | S219-Y06U-668A-XNYN | CEM I/A-M (P-L) 42,5 R | QT26-10FK-Y808-W508 |
| BL I/A-L S2,5 R   | E929-86A7-4908-XQGG | CEM I/A-M (S-L) 42,5 R | VD29-H90M-E00T-K22M |
| BL I/A-L 42,5 R   | E929-86A7-4908-XQGG | CEM I/A-M (V-L) 42,5 R | HR20-H956-N905-TEE4 |
| BL I/B-L 42,5 R   | E929-86A7-4908-XQGG | CEM I/B-L 32,5 N       | E929-86A7-4908-XQGG |
| CEM I S2,5 R      | S219-Y06U-668A-XNYN | CEM I/B-L 32,5 R       | E929-86A7-4908-XQGG |
| CEM I S2,5 R (a)  | S219-Y06U-668A-XNYN | CEM I/B-M (S-L) 42,5 R | VD29-H90M-E00T-K22M |
| CEM I S2,5 R (ba) | S219-Y06U-668A-XNYN | CEM I/B-M (P-L) 32,5 N | QT26-10FK-Y808-W508 |
| CEM I S2,5 R-SR 3 | S219-Y06U-668A-XNYN | CEM I/B-M (Q-L) 32,5 N | QT26-10FK-Y808-W508 |
| CEM I S2,5 R-SR 5 | S219-Y06U-668A-XNYN | CEM I/C-M (P-L) 32,5 N | QT26-10FK-Y808-W508 |
| CEM I 42,5 R      | S219-Y06U-668A-XNYN | CEM I/A 42,5 N         | 4V19-F0V7-K30U-M0J5 |
| CEM I 42,5 R-SR 5 | S219-Y06U-668A-XNYN | I/A 42,5 N-SRC         | 4V19-F0V7-K30U-M0J5 |
| CEM I/A-L 42,5 R  | E929-86A7-4908-XQGG | CEM I/B 42,5 N-LH/SR   | 4V19-F0V7-K30U-M0J5 |
| CEM I/A-P S2,5 R  | J126-G081-60ET-XPR1 | CEM I/A (P) 42,5 R     | J126-G081-60ET-XPR1 |
| CEM I/A-S 42,5 N  | 4V19-F0V7-K30U-M0J5 | CEM I/A (P) 42,5 R-SR  | J126-G081-60ET-XPR1 |
| I/A-S 42,5 N-SRC  | 4V19-F0V7-K30U-M0J5 | CEM I/A (V) 42,5 R-SR  | V420-YE3E-H86A-K1A5 |
| CEM I/A-V 42,5 R  | V420-YE3E-H86A-K1A5 | CEM I/A (S-Q) 42,5 R   | 1J29-H30E-1805-WR7V |

#### 1.2. Usos pertinentes identificados de la sustancia o de la mezcla y usos desaconsejados

Los cementos se utilizan en instalaciones industriales para fabricar/formular conglomerantes hidráulicos para construcción y trabajos de obra, como hormigón listo para usar, morteros, enlucido, lechadas, pastas, así como elementos prefabricados de hormigón.

Los cementos y las mezclas que lo contienen (conglomerantes hidráulicos) se utilizan a escala industrial, por profesionales, así como por consumidores en trabajos de obra y construcción, en interior y en exterior. Los usos identificados para los cementos y las mezclas que lo contienen cubren a los productos en forma seca y en forma húmeda (pastas). Para más información sobre categorías y descriptores de uso ver sección 16.2.

Cualquier uso no mencionado en el párrafo anterior está desaconsejado.

**FICHA DE DATOS DE SEGURIDAD DE CEMENTOS PORTLAND GRISES Y BLANCOS**

Fecha de edición 19/07/2018. Versión 5 - 01/09/25. Sustituye a todas las versiones anteriores.

| Categoría de proceso (PROC*) | Usos identificados – Descripción del uso                                                                                 | Fabricación/ Formulación de              | Uso industrial/ profesional de |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------|
|                              |                                                                                                                          | materiales de edificación y construcción |                                |
| 2                            | Uso en proceso continuo y cerrado con esporádicas exposiciones controladas.                                              | X                                        | X                              |
| 3                            | Uso en proceso cerrado por lotes/dosificación                                                                            | X                                        | X                              |
| 5                            | Mezcla mediante procesos de dosificación para formular preparados o artículos                                            | X                                        | X                              |
| 7                            | Pulverización industrial                                                                                                 |                                          | X                              |
| 8a                           | Transferencia de sustancias o preparados desde/a buques/grandes contenedores a instalaciones no dedicadas/no específicas |                                          | X                              |
| 8b                           | Transferencia de sustancias o preparados desde/a buques/grandes contenedores a instalaciones dedicadas/específicas       | X                                        | X                              |
| 9                            | Transferencia de sustancias o preparados a contenedores más pequeños                                                     | X                                        | X                              |
| 10                           | Aplicación a rodillo o capillado                                                                                         |                                          | X                              |
| 11                           | Pulverización no industrial                                                                                              |                                          | X                              |
| 13                           | Tratamiento de artículos por inmersión y vertido                                                                         |                                          | X                              |
| 14                           | Producción de preparados o artículos mediante "tableting", extrusión-compresión, paleización                             | X                                        | X                              |
| 19                           | Mezcla manual con ¿contacto estrecho? siempre y cuando se disponga de EPI                                                |                                          | X                              |
| 22                           | Operaciones de procesamiento de minerales/metales, potencialmente cerradas, a elevadas temperaturas. Contexto industrial |                                          | X                              |
| 26                           | Manejo de sustancias inorgánicas sólidas a temperatura ambiente.                                                         | X                                        | X                              |

\* PROC son usos identificados y definidos en la sección 16.2.

**1.3. Datos del proveedor de la ficha de datos de seguridad**

HOLCIM ESPAÑA, S.A.U.  
 Avenida Manoteras, 20, Edif. Tokyo, 1ª planta  
 28050 Madrid  
 www.holcim.es  
 e-mail: marketing.spain@holcim.com

**1.4. Teléfono de emergencia**

En caso de emergencias tenga esta ficha a mano y llame al número de emergencias europeo: 112 o al teléfono del Servicio de Información Toxicológica del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses: 915.620.420. El servicio está disponible en los siguientes idiomas: español.

**SECCIÓN 2: Identificación de los peligros**
**2.1. Clasificación de la sustancia o de la mezcla**
**2.1.1. De acuerdo al Reglamento (CE) n° 1272/2008 (CLP)**

| Clase de Peligro                                               | Categoría de Peligro | Indicaciones de Peligro                    |
|----------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------|
| Iritación cutánea                                              | 2                    | H315: provoca irritación cutánea           |
| Daño ocular grave / Irritación ocular                          | 1                    | H318: provoca lesiones oculares            |
| Toxicidad Sistémica Específica Órgano Diana (exposición única) | 3                    | H335: puede irritar las vías respiratorias |

## 2.2. Elementos de la etiqueta

### 2.2.1. De acuerdo al Reglamento (CE) nº 1272/2008 (CLP)

#### Indicaciones de Peligro:

- **H318** Provoca lesiones oculares graves.
- **H315** Provoca irritación cutánea.
- **H335** Puede irritar las vías respiratorias.

#### Pictogramas de Peligro:



#### Consejos de Prudencia:

- **P102** Mantener fuera del alcance de los niños.
- **P280** Llevar guantes / prendas / gafas / máscara de protección.
- **P305+P351+P338+P310** EN CASO DE CONTACTO CON LOS OJOS: aclarar cuidadosamente con agua durante varios minutos. Quitar las lentes de contacto, si lleva y resulta fácil. Seguir aclarando. Llamar inmediatamente a un CENTRO de información toxicológica o a un médico.
- **P302+P352+P333+P313** EN CASO DE CONTACTO CON LA PIEL: lavar con agua y jabón abundantes. En caso de irritación o erupción cutánea: consultar a un médico.
- **P261+P304+P340+P312** evitar respirar el polvo/el humo/el gas/la niebla/los vapores/el aerosol. EN CASO DE INHALACIÓN: transportar a la víctima al exterior y mantenerla en reposo en una posición confortable para respirar. Llamar a un CENTRO de información toxicológica o a un médico en caso de malestar.
- **P501** Eliminar el contenido/contenedor en el punto de recogida de residuos adecuado de conformidad con la normativa local, regional o internacional.

#### Información suplementaria

El contacto del cemento húmedo, el hormigón o el mortero fresco con la piel, puede causar irritación, dermatitis o quemaduras.

Puede provocar daños en elementos hechos de aluminio u otros metales no-nobles.

El cemento contiene, cuando es necesario, reductor de Cr(VI), lo que determina un contenido de Cr(VI) soluble en agua inferior a 0,0002 %, verificado según la norma UNE-EN 196-10:2016 para garantizar el cumplimiento de la Directiva Europea 2003/53/CE transpuesta en la OM PRE/1954/2004 y el Reglamento (CE) nº 552/2009 de la Comisión de 22 de junio de 2009 por el que se modifica el Reglamento (CE) nº 1907/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, relativo al registro, la evaluación, la autorización y la restricción de las sustancias y preparados químicos (REACH) en lo que respecta a su anexo XVII.

Su período de eficacia declarado es de:

- Sacos: dos meses a partir de la fecha que figura en el envase, (condiciones de conservación: sacos cerrados en un ambiente fresco, sin corrientes de aire y aislado del suelo).
- Granel: un mes a partir de la emisión del albarán. En todo caso, queda limitada a la primera manipulación del cemento por parte del usuario, (el cemento se almacenará en silo cerrado).

Este período de eficacia no es aplicable al cemento blanco, ya que en su producción no se necesita añadir agente reductor de cromo (VI). Es por ello que los sacos de cemento blanco pueden ser utilizados aunque se haya sobrepasado la fecha de ensacado en más de dos meses.



### 2.3. Otros peligros

El cemento no reúne los criterios para ser clasificado como PBT (persistente, bioacumulativo, tóxico) o mPmB (muy persistente y muy bioacumulativo) de conformidad con el anexo XIII del REACH (Reglamento (CE) nº 1907/2006).

El cemento o bien es naturalmente bajo en cromo (VI) soluble o se le añaden agentes reductores para controlar los niveles de sensibilización de cromo (VI) soluble por debajo de 2 mg/kg (0,0002%) del peso seco total del cemento de acuerdo con la legislación especificada en la Sección 15. Si las condiciones de almacenamiento no son adecuadas o si se sobrepasa el periodo de efectividad declarado en la información suplementaria de la sección 2.2, la efectividad del agente reductor puede disminuir y el cemento podría resultar sensibilizante para la piel (H317).

## SECCIÓN 3: Composición/información sobre los componentes

### 3.1. Sustancias

No aplicable ya que el producto es una mezcla, no una sustancia.

### 3.2. Mezclas

Los cementos están compuestos por clínker, yeso y adiciones en distintas proporciones en masa en función del tipo de cemento, según la siguiente tabla. Tabla de las Normas UNE-EN 197-1:2011, UNE 80303-1:2017, UNE 80303-2:2017, UNE 80305:2012, UNE 80307:2001, UNE-EN 14216:2015, UNE-EN 413-1:2011, UNE-EN 197-5:2021.

| Tipo principal | Designación de los siete productos (tipos de cementos comunes resistentes a los sulfatos) |             | Composición (proporción en masa) <sup>a</sup> |                           |                      |                      |                                      |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------|---------------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------------|
|                |                                                                                           |             | Componentes principales                       |                           |                      |                      | Componentes minoritarios adicionales |
|                |                                                                                           |             | K - Clínker                                   | S - Escoria de horno alto | P - Pozolana natural | V - Ceniza volcánica |                                      |
| CEM I          | Cemento Portland resistente a los sulfatos                                                | CEM I-SR 0  | 95-100                                        | -                         | -                    | -                    | 0-5                                  |
|                |                                                                                           | CEM I-SR 3  |                                               |                           |                      |                      |                                      |
|                |                                                                                           | CEM I-SR 5  |                                               |                           |                      |                      |                                      |
| CEM II         | Cemento de horno alto resistente a los sulfatos                                           | CEM II/B-SR | 20-34                                         | 66-80                     | -                    | -                    | 0-5                                  |
|                |                                                                                           | CEM II/C-SR | 5-19                                          | 81-95                     | -                    | -                    | 0-5                                  |
| CEM IV         | Cemento pozzolánico resistente a los sulfatos <sup>b</sup>                                | CEM IV/A-SR | 65-79                                         | -                         | 21-35                | -                    | 0-5                                  |
|                |                                                                                           | CEM IV/B-SR | 45-64                                         | -                         | 36-55                | -                    | 0-5                                  |

a. Los valores de la tabla se refieren a la suma de los componentes principales y minoritarios adicionales.

b. En los cementos pozzolánicos resistentes a sulfatos CEM IV/A-SR y CEM IV/B-SR los componentes principales diferentes del clínker se deben declarar en la designación del cemento.

**FICHA DE DATOS DE SEGURIDAD DE CEMENTOS PORTLAND GRISES Y BLANCOS**

Fecha de edición 18/07/2018. Versión 5 - 01/09/20. Sustituye a todas las versiones anteriores.

| Principales tipos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Designación de los 27 productos (tipos de cementos comunes) |               | Composición (proporción en masa) <sup>a</sup> |                       |                |          |                   |                  |       |                    |        |       |                    |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------|-----------------------|----------------|----------|-------------------|------------------|-------|--------------------|--------|-------|--------------------|-----|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             |               | Componentes principales                       |                       |                |          |                   |                  |       |                    |        |       | Comp. minoritarios |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             |               | Clinker                                       | Escoria de horno alto | Humo de sílice | Puzolana |                   | Cenizas volantes |       | Esquisto calcinado | Caliza | LL    |                    |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             |               |                                               |                       |                | Natural  | Natural calcinada | Silíceas         |       |                    |        |       |                    |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             |               | K                                             | S                     | Q <sub>h</sub> | P        | Q                 | V                | W     | T                  | F      | LL    |                    |     |
| CEM I                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Cemento Portland                                            | CEM I         | 95-100                                        | -                     | -              | -        | -                 | -                | -     | -                  | -      | -     | 0-5                |     |
| CEM II                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Cemento Portland con escoria                                | CEM IIA-S     | 80-94                                         | 6-20                  | -              | -        | -                 | -                | -     | -                  | -      | -     | 0-5                |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             | CEM IIB-S     | 65-79                                         | 21-35                 | -              | -        | -                 | -                | -     | -                  | -      | -     | 0-5                |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Cemento Portland con humo de sílice                         | CEM IIA-Q     | 90-94                                         | -                     | 6-10           | -        | -                 | -                | -     | -                  | -      | -     | 0-5                |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Cemento Portland con puzolana                               | CEM IIA-P     | 80-94                                         | -                     | -              | 6-20     | -                 | -                | -     | -                  | -      | -     | 0-5                |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             | CEM IIB-P     | 65-79                                         | -                     | -              | 21-35    | -                 | -                | -     | -                  | -      | -     | 0-5                |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             | CEM IIA-Q     | 80-94                                         | -                     | -              | -        | 6-20              | -                | -     | -                  | -      | -     | 0-5                |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             | CEM IIB-Q     | 65-79                                         | -                     | -              | -        | 21-35             | -                | -     | -                  | -      | -     | 0-5                |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Cemento Portland con ceniza volante                         | CEM IIA-V     | 80-94                                         | -                     | -              | -        | -                 | 6-20             | -     | -                  | -      | -     | 0-5                |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             | CEM IIB-V     | 65-79                                         | -                     | -              | -        | -                 | 21-35            | -     | -                  | -      | -     | 0-5                |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             | CEM IIA-W     | 80-94                                         | -                     | -              | -        | -                 | -                | 6-20  | -                  | -      | -     | 0-5                |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             | CEM IIB-W     | 65-79                                         | -                     | -              | -        | -                 | -                | 21-35 | -                  | -      | -     | 0-5                |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Cemento Portland con esquisto calcinado                     | CEM IIA-T     | 80-94                                         | -                     | -              | -        | -                 | -                | -     | 6-20               | -      | -     | 0-5                |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             | CEM IIB-T     | 65-79                                         | -                     | -              | -        | -                 | -                | -     | 21-35              | -      | -     | 0-5                |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Cemento Portland con caliza                                 | CEM IIA-L     | 80-94                                         | -                     | -              | -        | -                 | -                | -     | -                  | -      | 6-20  | -                  | 0-5 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             | CEM IIB-L     | 65-79                                         | -                     | -              | -        | -                 | -                | -     | -                  | -      | 21-35 | -                  | 0-5 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             | CEM IIA-LL    | 80-94                                         | -                     | -              | -        | -                 | -                | -     | -                  | -      | -     | 6-20               | 0-5 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             | CEM IIB-LL    | 65-79                                         | -                     | -              | -        | -                 | -                | -     | -                  | -      | -     | 21-35              | 0-5 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Cemento Portland compuesto <sup>c</sup>                     | CEM IIA-M     | 80-88                                         | 12-20                 |                |          |                   |                  |       |                    |        |       |                    | 0-5 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             | CEM IIB-M     | 65-79                                         | 21-35                 |                |          |                   |                  |       |                    |        |       |                    | 0-5 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             | CEM IIC-M     | 50-64                                         | 35-50                 |                |          |                   |                  |       |                    |        |       |                    | 0-5 |
| CEM III                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Cemento con escorias de horno alto                          | CEM IIIA      | 35-64                                         | 36-65                 | -              | -        | -                 | -                | -     | -                  | -      | -     | 0-5                |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             | CEM IIIB      | 20-34                                         | 66-80                 | -              | -        | -                 | -                | -     | -                  | -      | -     | 0-5                |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             | CEM IIIC      | 5-19                                          | 81-95                 | -              | -        | -                 | -                | -     | -                  | -      | -     | 0-5                |     |
| CEM IV                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Cemento puzolánico <sup>c</sup>                             | CEM IVA       | 65-89                                         | -                     | 11-35          |          |                   |                  |       | -                  | -      | -     | 0-5                |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             | CEM IVB       | 45-64                                         | -                     | 35-55          |          |                   |                  |       | -                  | -      | -     | 0-5                |     |
| CEM V                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Cemento Compuesto <sup>c</sup>                              | CEM VIA       | 40-64                                         | 18-30                 | -              | 18-30    |                   |                  | -     | -                  | -      | -     | 0-5                |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             | CEM VIB       | 20-38                                         | 31-49                 | -              | 31-49    |                   |                  | -     | -                  | -      | -     | 0-5                |     |
| CEM VI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Cemento Compuesto                                           | CEM VI (S-P)  | 35-49                                         | 31-59                 | -              | 6-20     | -                 | -                | -     | -                  | -      | -     | 0-5                |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             | CEM VI (S-V)  | 35-49                                         | 31-59                 | -              | -        | -                 | 6-20             | -     | -                  | -      | -     | 0-5                |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             | CEM VI (S-L)  | 35-49                                         | 31-59                 | -              | -        | -                 | -                | -     | -                  | 6-20   | -     | 0-5                |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             | CEM VI (S-LL) | 35-49                                         | 31-59                 | -              | -        | -                 | -                | -     | -                  | -      | 6-20  | 0-5                |     |
| <sup>a.</sup> Los valores de la tabla se refieren a la suma de los componentes principales y minoritarios adicionales.<br><sup>b.</sup> La proporción de humo de sílice está limitada al 10%.<br><sup>c.</sup> En los cementos Portland compuestos CEM IIA-M y CEM IIB-M, en los cementos puzolánicos CEM IVA y CEM IVB y en los cementos compuestos CEM VIA y CEM VIB, los componentes principales diferentes del clinker se deben declarar en la designación del cemento. |                                                             |               |                                               |                       |                |          |                   |                  |       |                    |        |       |                    |     |

| Principales tipos | Designación de los productos             |                | Composición (proporción en masa) |                       |                |          |                   |                  |           |                      |        |     |     | Const. Menor % |
|-------------------|------------------------------------------|----------------|----------------------------------|-----------------------|----------------|----------|-------------------|------------------|-----------|----------------------|--------|-----|-----|----------------|
|                   |                                          |                | Componentes principales          |                       |                |          |                   |                  |           |                      |        |     |     |                |
|                   |                                          |                | Clinker                          | Escoria de horno alto | Humo de sílice | Puzolana |                   | Cenizas volantes |           | Españoles calcinados | Caliza |     |     |                |
|                   |                                          |                |                                  |                       |                | Natural  | Natural calcinada | Silíceas         | Calcíneas |                      |        |     |     |                |
|                   |                                          |                |                                  |                       |                | K        | S                 | D                | P         |                      |        |     | Q   |                |
| ESP VI-1          | Cemento para usos especiales             | ESP VI-1       | 25-55                            | 45-75                 |                |          |                   |                  |           |                      |        | 0-5 |     |                |
| VRL               | Cemento de muy bajo calor de hidratación | VLH III/B      | 20-34                            | 65-80                 | -              | -        | -                 | -                | -         | -                    | -      | -   | 0-5 |                |
|                   |                                          | VLH III/C      | 5-19                             | 81-95                 | -              | -        | -                 | -                | -         | -                    | -      | -   | 0-5 |                |
|                   |                                          | VLH III/A      | 65-89                            | -                     | 11-35          |          |                   |                  | -         | -                    | -      | 0-5 |     |                |
|                   |                                          | VLH III/B      | 45-64                            | -                     | 26-55          |          |                   |                  | -         | -                    | -      | 0-5 |     |                |
|                   |                                          | VLH III/A      | 40-64                            | 18-30                 | -              | 18-30    |                   | -                | -         | -                    | -      | 0-5 |     |                |
|                   |                                          | VLH III/B      | 20-38                            | 31-50                 | -              | 31-50    |                   | -                | -         | -                    | -      | 0-5 |     |                |
| MC                | Cemento de altaresistencia               | MC 5           | >25                              | 26-70                 |                |          |                   |                  |           |                      |        |     |     |                |
|                   |                                          | MC 12,5 y 22,5 | >40                              | 41-60                 |                |          |                   |                  |           |                      |        |     |     |                |

Las adiciones pueden ser una o varias de las siguientes: ceniza volante (N° CAS 68131-74-8), caliza, escoria (N° CAS 65996-69-2), puzolana y humo de sílice.

Además, lleva sulfato de calcio, generalmente en forma de yeso (N° CAS 10101-41-4) o anhídrido (N° CAS 7778-18-9).

También puede llevar sulfato ferroso en forma anhidra (N° CAS 7720-78-7) o como heptahidrato (N° CAS 7782-63-0) y/o sulfato estannoso (N° CAS 7488-55-3).

### 3.2.1. Componentes que suponen un riesgo para la salud o el medio ambiente

| Sustancia                                               | Rango de concentración (p/p en cemento) | N° de registro        | EINECS    | CAS        | Reglamento de Clasificación 1272/2008             |                                                       |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|-----------|------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
|                                                         |                                         |                       |           |            | Clase de peligro, categoría                       | Indicación de peligro                                 |
| Clinker de cemento portland                             | 5-100%                                  | Exento de registro    | 266-043-4 | 65567-15-1 | STOT SE, Irritación tracto respiratorio Cat. 3    | H335: puede irritar las vías respiratorias            |
|                                                         |                                         |                       |           |            | Irritación cutánea Cat. 2                         | H315: provoca irritación cutánea                      |
|                                                         |                                         |                       |           |            | Daño ocular grave/ Irritación ocular Cat. 1       | H318: provoca irritación ocular grave                 |
|                                                         |                                         |                       |           |            | Sensibilizante cutáneo Cat. 1                     | H317: puede provocar una reacción alérgica en la piel |
| Polvo procedente de la producción de clinker de cemento | 0,1-5%                                  | 01-2119486763-17-0020 | 270-659-9 | 68475-75-3 | STOT SE, Irritación tracto respiratorio Cat. 3    | H335: puede irritar las vías respiratorias            |
|                                                         |                                         |                       |           |            | Irritación cutánea Cat. 2                         | H315: provoca irritación cutánea                      |
|                                                         |                                         |                       |           |            | Daño ocular grave/ Irritación ocular Cat. 1       | H318: provoca irritación ocular grave                 |
|                                                         |                                         |                       |           |            | Sensibilizante cutáneo Cat. 1                     | H317: puede provocar una reacción alérgica en la piel |
| Otros                                                   |                                         |                       |           |            | Sustancias con límites de exposición comunitarios |                                                       |



## SECCIÓN 4: Primeros auxilios

### 4.1. Descripción de los primeros auxilios

#### Indicaciones generales.

No es necesario el uso de equipos de protección individual por parte de las personas que dispensen los primeros auxilios. Los trabajadores que dispensen primeros auxilios deben evitar entrar en contacto con cemento húmedo o mezclas húmedas que lo contengan.

#### Tras contacto con los ojos.

No frotar los ojos para evitar daños de la córnea por estrés mecánico.

Quitar las lentes de contacto, si se llevan. Inclinar la cabeza sobre el lado del ojo afectado, abrir ampliamente el párpado y enjuagar inmediatamente con abundante agua (si es posible usar suero fisiológico 0,9% NaCl), durante al menos 20 minutos para eliminar todas las partículas.

Evitar que las partículas arrastradas por el líquido caigan en el otro ojo. Consultar a un oftalmólogo o a un especialista en medicina del trabajo.

#### Tras contacto con la piel.

Si el polvo de cemento está seco eliminar el máximo posible y después lavar abundantemente con agua. Si el polvo de cemento está húmedo, lavar abundantemente con agua.

Quitar y limpiar a fondo las prendas, calzado, relojes, etc. manchados antes de volver a utilizarlos. Solicitar asistencia médica siempre que se produzca irritación o quemadura química.

#### Tras inhalación.

Trasladar a la persona a un sitio donde pueda respirar aire fresco. El polvo en la garganta y en las fosas nasales se debería despejar de forma espontánea. Buscar asistencia médica si la irritación persiste o aparece más tarde o si el malestar, la tos u otros síntomas persisten.

#### Tras ingestión accidental.

No provocar el vómito. Si la persona está consciente enjuagar la boca para eliminar el material o polvo. Darle de beber abundante agua y consultar inmediatamente a un médico o a un Centro de Información Toxicológica.

### 4.2. Principales síntomas y efectos, agudos y retardados

**Contacto con los ojos:** el contacto directo con polvo de cemento (húmedo o seco) puede provocar lesiones graves, potencialmente irreversibles.

**Contacto con la piel:** El cemento puede tener un efecto irritante sobre la piel húmeda (debido al sudor o la humedad) después de un contacto prolongado o puede causar dermatitis de contacto tras el contacto repetido sin protección adecuada.

El contacto prolongado, sin la protección adecuada, con cemento u hormigón húmedo puede provocar graves quemaduras ya que se desarrollan sin sentir dolor (por ejemplo, al arrodillarse en hormigón fresco, incluso llevando pantalones). Para más información ver Referencia (1).

**Inhalación:** la inhalación repetida de polvo de cemento durante un largo periodo de tiempo incrementa el riesgo de desarrollar enfermedades pulmonares.

**Medio ambiente:** haciendo un uso normal, el cemento no presenta ningún riesgo particular para el medio ambiente.

### 4.3. Indicación de toda atención médica y de los tratamientos especiales que deban dispensarse inmediatamente

Cuando se ponga en contacto con un médico lleve consigo esta ficha de seguridad.

## SECCIÓN 5: Medidas de lucha contra incendios

### 5.1. Medios de extinción

Los cementos no son inflamables.

### 5.2. Peligros específicos derivados de la sustancia o la mezcla

Los cementos no son inflamables, no son explosivos y ni facilitan ni alimentan la combustión de otros materiales.

### 5.3. Recomendaciones para el personal de lucha contra incendios

El cemento no supone ningún peligro relacionado con los incendios. No es necesario el uso de equipos de protección especial por parte del personal de lucha contra incendios.

## SECCIÓN 6: Medidas en caso de vertido accidental

### 6.1. Precauciones personales, equipos de protección y procedimientos de emergencia

#### 6.1.1. Para el personal que no forma parte de los servicios de emergencia

Llevar los equipos de protección descritos en la sección 8 y seguir los consejos para una manipulación segura dados en la sección 7.

#### 6.1.2. Para el personal de emergencia

No se requieren procedimientos de emergencia.

No obstante, en situaciones con elevados niveles de concentración de polvo es necesario llevar equipos de protección respiratoria.

### 6.2. Precauciones relativas al medio ambiente

No verter cemento ni en los sistemas de alcantarillado ni en aguas superficiales (por ejemplo, arroyos).

### 6.3. Métodos y material de contención y de limpieza

Recoger el material vertido y reutilizarlo.

#### Cemento seco:

Utilizar medios secos de limpieza que no levanten polvo como sistemas de aspiración o extracción (aspiradores industriales portátiles equipados con filtros de partículas de alta eficiencia -filtros EPA y HEPA, UNE-EN 1822-1:2010- o técnica equivalente). No usar nunca aire a presión. Otras alternativas para limpiar el polvo son: fregar, cepillado húmedo o baldeo (suave para evitar levantar polvo) y luego recoger la mezcla.

Si no es posible, limpiar mezclando directamente con agua (ver apartado cemento húmedo).

Cuando no se pueda emplear la limpieza en húmedo o por aspiración y sólo sea aplicable el cepillado, es necesario asegurar que todos los trabajadores lleven los equipos de protección apropiados y prevenir la dispersión del polvo mediante el uso de utensilios adecuados, evitando barrer con cepillo.

Evitar la inhalación del cemento y su contacto con ojos y piel. Depositar el material recogido en un contenedor. Dejar endurecer antes de su eliminación tal y como se describe en el apartado 13 Consideraciones relativas a la eliminación.

#### Cemento húmedo:

Recoger el cemento húmedo y depositarlo en un contenedor apropiado. Dejar que el material se seque y endurezca antes de su eliminación tal y como se describe en el apartado 13.

### 6.4. Referencia a otras secciones

Para más información consultar las secciones 8 Controles de exposición/protección individual y 13 Consideraciones relativas a la eliminación.

## SECCIÓN 7: Manipulación y almacenamiento

### 7.1. Precauciones para una manipulación segura

#### 7.1.1. Medidas de protección

Seguir las recomendaciones dadas en la sección 8.

Para limpiar cemento seco consultar el epígrafe 6.3.

#### Medidas de prevención de incendios:

No aplicable

#### Medidas para impedir la formación de partículas en suspensión y polvo:

No barrer. Emplear medios secos de limpieza que no levanten polvo como sistemas de aspiración

o extracción.

Para más información consultar la "Guía de buenas prácticas" adoptada mediante el Acuerdo de Diálogo Social Europeo "Acuerdo sobre la protección de la salud de los trabajadores para la adecuada manipulación y el buen uso de la sílice cristalina y los productos que la contienen" por Organizaciones sindicales y asociaciones empresariales europeas, entre las que se encuentra Cembureau.

Estas recomendaciones sobre manejo seguro pueden encontrarse en [https://guide.nepsi.eu/wp-content/uploads/2021/08/NEPSI-Good-Practice-Guide-ES-rev\\_2108.pdf](https://guide.nepsi.eu/wp-content/uploads/2021/08/NEPSI-Good-Practice-Guide-ES-rev_2108.pdf).

La industria cementera española adoptó voluntariamente los términos del Acuerdo y ha elaborado un protocolo de aplicación de este documento específico del sector cementero español (<https://www.oficemen.com/wp-content/uploads/2017/05/PASIC-2008.pdf>).

**Medidas para proteger al medio ambiente:**

No se requieren medidas especiales.

**7.1.2. Medidas generales de higiene en el trabajo**

No manipular ni almacenar cerca de alimentos, bebidas o tabaco.

En ambientes pulverulentos llevar mascarilla y gafas protectoras.

Utilizar guantes para evitar el contacto con la piel.

**7.2. Condiciones de almacenamiento seguro, incluidas posibles incompatibilidades**

El cemento a granel debe almacenarse en lugar seco (minimizando la condensación), a cubierto, limpio y a salvo de contaminación.

Peligro de sepultamiento: el cemento puede acumularse o adherirse a las paredes de los espacios confinados, pudiendo soltarse, demurrarse o caer inesperadamente. Para prevenir el riesgo de enterramiento o de asfixia no entrar en espacios confinados como silos, contenedores, cubas u otros recipientes que se utilicen para almacenar o contengan cemento sin adoptar las medidas de seguridad apropiadas.

El producto envasado, debe almacenarse en sacos cerrados, sin tocar el suelo, en un lugar fresco y seco, protegido de corrientes de aire excesivas que puedan afectar a la calidad del cemento. Los sacos deben apilarse de manera estable.

No utilizar contenedores de aluminio para el almacenamiento o el transporte de mezclas que contengan cemento húmedo debido a la incompatibilidad de los materiales.

**7.3. Usos específicos finales**

No hay recomendaciones adicionales para los usos identificados en el epígrafe 1.2 Usos pertinentes identificados de la sustancia o de la mezcla y usos desaconsejados.

**7.4. Control del Cr(VI) soluble en agua**

En los cementos tratados con agente reductor de Cr(VI) de acuerdo a la normativa dada en el apartado 15, la efectividad del agente reductor disminuye con el tiempo.

Por eso, los sacos y albaranes deben incluir información sobre el periodo de eficacia (fecha de caducidad) que el fabricante garantiza que el agente reductor continuará manteniendo el nivel de Cr(VI) por debajo del límite normativo de 0,0002% de Cr(VI) soluble en agua del peso seco total del cemento listo para usar, de acuerdo a la Norma UNE-EN 196-10.

Además, se deben indicar las condiciones de almacenamiento apropiadas para mantener la efectividad del agente reductor. Se puede consultar esta información en la información suplementaria del apartado 2.2 y en 7.2.



## SECCIÓN 8: Controles de exposición/protección individual

### 8.1. Parámetros de control

| Nombre – valor límite                   | Tipo de valor límite       | Valor (a 8 h TWA) | Unidades | Referencia legal                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------|----------------------------|-------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Partículas (insolubles o poco solubles) | VLA-ED Fracción inhalable  | 10                | mg/m³    | "Límites de Exposición Profesional para agentes Químicos de España" del INSST                                                                                   |
| Partículas (insolubles o poco solubles) | VLA-ED Fracción respirable | 3                 | mg/m³    | ORDEN TED/723/2021 por la que se aprueba la ITC 02.0.02 "Límites de Exposición Profesional para agentes Químicos de España" del INSST                           |
| Cemento Portland                        | VLA-ED Fracción respirable | 4                 | mg/m³    | "Límites de Exposición Profesional para agentes Químicos de España" del INSST                                                                                   |
| Sílice cristalina                       | VLA-ED Fracción respirable | 0,05              | mg/m³    | Límite máximo de Exposición a nivel de la Unión Europea de acuerdo a la "Directiva (UE) 2017/2398" El límite aplicable en España según el Real Decreto 665/1997 |

#### Otros parámetros de control

DNEL inhalación (8h): 3 mg/m³  
DNEL dérmico: no aplicable  
DNEL oral: no procede

Los DNEL (Derived No-Effect Level) hacen referencia a polvo respirable. En contraposición, la herramienta utilizada para elaborar evaluaciones de riesgo (MEASE) trabaja con la fracción.

### 8.2. Controles de la exposición

#### 8.2.1. Controles técnicos apropiados

Medidas para reducir la formación de partículas en suspensión y la propagación del polvo tales como: depolvado, sistemas de aspiración y métodos de limpieza en seco que no levanten polvo.

| Escenario de Exposición                                                                                  | PROC*                           | Exposición                                                              | Controles localizados                                                                                                           | Eficiencia   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Fabricación industrial/formulación de conglomerantes hidráulicos y materiales de construcción            | 2, 3                            | La duración no está limitada (hasta 480 minutos/turno, 5 turnos/semana) | No se requiere                                                                                                                  | -            |
|                                                                                                          | 14, 26                          |                                                                         | A. No se requiere<br>B. Aspiración localizada                                                                                   | -<br>78 %    |
|                                                                                                          | 5, 8b, 9                        |                                                                         | A. Ventilación general<br>B. Aspiración localizada                                                                              | 17 %<br>78 % |
| Usos industriales de conglomerantes hidráulicos secos y materiales de construcción (interior, exterior)  | 2                               |                                                                         | No se requiere                                                                                                                  | -            |
|                                                                                                          | 14, 22, 26                      |                                                                         | A. No se requiere<br>B. Aspiración localizada                                                                                   | -<br>78 %    |
|                                                                                                          | 5, 8b, 9                        |                                                                         | A. Ventilación general<br>B. Aspiración localizada                                                                              | 17 %<br>78 % |
| Usos industriales de suspensiones húmedas de conglomerantes hidráulicos y materiales de construcción     | 7                               | La duración no está limitada (hasta 480 minutos/turno, 5 turnos/semana) | A. No se requiere<br>B. Aspiración localizada                                                                                   | -<br>78 %    |
|                                                                                                          | 2, 5, 8b, 9, 10, 13, 14         |                                                                         | No se requiere                                                                                                                  | -            |
|                                                                                                          | 2                               |                                                                         | No se requiere                                                                                                                  | -            |
| Usos profesionales de conglomerantes hidráulicos secos y materiales de construcción (interior, exterior) | 9, 26                           |                                                                         | A. No se requiere<br>B. Aspiración localizada                                                                                   | -<br>72 %    |
|                                                                                                          | 5, 8a, 8b, 14                   |                                                                         | A. No se requiere<br>B. Aspiración localizada                                                                                   | -<br>87 %    |
|                                                                                                          | 19                              |                                                                         | No son aplicables los controles localizados, sólo se puede llevar a cabo el proceso en espacios bien ventilados o al aire libre | -            |
| Usos profesionales de suspensiones húmedas de conglomerantes hidráulicos y materiales de construcción    | 11                              | La duración no está limitada (hasta 480 minutos/turno, 5 turnos/semana) | A. No se requiere<br>B. Aspiración localizada                                                                                   | -<br>72 %    |
|                                                                                                          | 2, 5, 8a, 8b, 9, 10, 13, 14, 19 |                                                                         | No se requiere                                                                                                                  | -            |
|                                                                                                          |                                 |                                                                         |                                                                                                                                 |              |

\* PROC son usos identificados y definidos en la sección 16.2.

## 8.2.2. Medidas de protección individual, tales como equipos de protección personal

### General:

Durante el trabajo, siempre que sea posible, evitar arrodillarse en hormigón o mortero fresco. Si para realizar el trabajo es absolutamente necesario ponerse de rodillas, entonces es obligatorio el uso de equipos de protección individual impermeables (rodilleras impermeables).

No comer, beber o fumar durante la realización de trabajos con cemento para evitar que entre en contacto con la piel o la boca.

Una vez finalizados los trabajos con cemento o materiales que lo contengan, los trabajadores deben lavarse o ducharse o aplicarse cremas hidratantes inmediatamente.

Quitarse cualquier prenda manchada (ropa, calzado, relojes, etc.) y limpiarla antes de volver a utilizarla.

### Protección de los ojos/la cara:



Cuando se maneje cemento, húmedo o seco, de cemento Portland, utilizar gafas aprobadas o gafas de protección certificadas (por ejemplo, UNE-EN 166).

### Protección cutánea:



Utilizar guantes impermeables resistentes a abrasiones y álcalis (por ejemplo, guantes con revestimiento exterior especial de nitrilo y el interior de algodón), calzado de seguridad, prendas protectoras de manga larga, así como productos para el cuidado de la piel (incluidas cremas protectoras) para proteger la piel de contactos prolongados con cemento húmedo. Se debe tener especial cuidado para evitar que el polvo de cemento entre en el calzado de seguridad.

Para los guantes, respetar el tiempo máximo de uso para evitar problemas en la piel.

Los estudios disponibles muestran que los guantes de algodón impregnado de nitrilo (de grosor aproximado de 0,15 mm) proveen suficiente protección durante un tiempo de 480 minutos, en condiciones normales de uso y desgaste (el cual puede variar en función de la tarea).

Se recomienda mantener disponibles guantes de repuesto por si se dañan los que están en uso.

En algunas circunstancias, como cuando se aplican capas de hormigón o mortero o se envasa, es necesaria la utilización de pantalones o rodilleras impermeables.

### Protección respiratoria:



Cuando una persona esté potencialmente expuesta a concentraciones de polvo por encima de los límites permitidos, se debe utilizar una protección respiratoria apropiada.

El tipo de protección respiratoria se debe adecuar a la concentración de partículas presente y conforme a los estándares fijados en la Normativa UNE armonizada (por ejemplo, UNE-EN 149, u otros estándares nacionales).

| Escenario de Exposición                                                                                 | PROC*                   | Exposición                                                              | Especificación del Equipo de Protección Respiratoria (EPR)     | Eficacia EPR-Factor de Protección Asignado (FPA) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Fabricación industrial/formulación de conglomerantes hidráulicos y materiales de construcción           | 2, 3                    | La duración no está limitada (hasta 480 minutos/turno, 5 turnos/semana) | No se requiere                                                 | -                                                |
|                                                                                                         | 14, 26                  |                                                                         | A. Protección respiratoria P1<br>B. No se requiere             | FPA = 4<br>-                                     |
|                                                                                                         | 5, 8b, 9                |                                                                         | A. Protección respiratoria P2<br>B. Protección respiratoria P1 | FPA = 10<br>FPA = 4                              |
| Usos industriales de conglomerantes hidráulicos secos y materiales de construcción (interior, exterior) | 2                       |                                                                         | No se requiere                                                 | -                                                |
|                                                                                                         | 14, 22, 26              |                                                                         | A. Protección respiratoria P1<br>B. No se requiere             | FPA = 4<br>-                                     |
|                                                                                                         | 5, 8b, 9                |                                                                         | A. Protección respiratoria P2<br>B. Protección respiratoria P1 | FPA = 10<br>FPA = 4                              |
| Usos industriales de suspensiones húmedas de conglomerantes hidráulicos y materiales de construcción    | 7                       |                                                                         | A. Protección respiratoria P1<br>B. No se requiere             | FPA = 4<br>-                                     |
|                                                                                                         | 2, 5, 8b, 9, 10, 13, 14 |                                                                         | No se requiere                                                 | -                                                |

| Escenario de Exposición                                                                               | PROC*                           | Exposición                                                      | Especificación del Equipo de Protección Respiratoria (EPR)     | Eficacia EPR-Factor de Protección Asignado (FPA) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Uso profesional de conglomerantes hidráulicos secos y materiales de construcción (interior, exterior) | 2                               | La duración recomendada (hasta 480 minutos/torno, 5 turnos/día) | Protección respiratoria P1                                     | FPA = 4                                          |
|                                                                                                       | 9, 20                           |                                                                 | A. Protección respiratoria P2<br>B. Protección respiratoria P1 | FPA = 10<br>FPA = 4                              |
|                                                                                                       | 5, 6a, 6b, 14                   |                                                                 | A. Protección respiratoria P3<br>B. Protección respiratoria P1 | FPA = 20<br>FPA = 4                              |
|                                                                                                       | 19                              |                                                                 | Protección respiratoria P2                                     | FPA = 10                                         |
| Uso profesional de suspensiones húmedas de conglomerantes hidráulicos y materiales de construcción    | 11                              |                                                                 | A. Protección respiratoria P2<br>B. Protección respiratoria P1 | FPA = 10<br>FPA = 4                              |
|                                                                                                       | 2, 5, 6a, 6b, 9, 10, 13, 14, 19 |                                                                 | No se requiere                                                 | -                                                |

\* PROC son usos identificados y definidos en la sección 16.2.

Se puede consultar un resumen sobre los FPA de los diferentes EPR (de acuerdo a la norma UNE-EN 529:2005) en el glosario de MEASE (16).

Cualquiera de los EPR arriba mencionados sólo se podrán llevar si de forma paralela se implantan las siguientes medidas: la duración del trabajo (comparada con la "duración de la exposición" arriba mencionada) debe reflejar el estrés psicológico adicional que supone para el trabajador la resistencia a la respiración y el peso del propio EPR, el aumento del estrés térmico por cubrir la cabeza. Además, se debe tener en cuenta que la capacidad del trabajador para manejar las herramientas y para comunicarse se reduce mientras lleva el EPR.

Por las razones anteriormente mencionadas el trabajador debe por tanto estar (I) sano (especialmente en relación a problemas médicos que puedan afectar el uso del EPR), (II) tener características faciales adecuadas que reduzcan las fugas entre la cara y la máscara (teniendo en cuenta cicatrices y barba). Los dispositivos recomendados en la tabla se basan en un ajuste hermético a la cara no proporcionaran la protección requerida a menos que se adapten al contorno de la cara de una manera segura y adecuada.

El empresario y los trabajadores autónomos tienen la obligación legal de proporcionar y mantener los equipos de protección respiratoria, así como de velar para su correcto uso, en el lugar de trabajo. Por tanto, deben definir y documentar una política adecuada y un programa de protección respiratoria, incluida la formación de los trabajadores.

#### Peligros térmicos:

No aplica.

#### 8.2.3. Controles de exposición ambiental

**Aire:** El control para evitar la dispersión de las partículas de cemento por el medio ambiente debe ser acorde a la tecnología disponible y a la normativa sobre emisiones de partículas de polvo.

**Agua:** No verter cemento ni en los sistemas de alcantarillados ni en aguas superficiales para evitar elevar el pH. Un pH superior a 9 puede provocar impactos ecotoxicológicos negativos.

**Suelo y medio terrestre:** No se requieren medidas de control de emisión especiales para la exposición al medio terrestre.

Para más información, véase la sección 6. Medidas en caso de vertido accidental.

## SECCIÓN 9: Propiedades físicas y químicas

### 9.1. Información sobre propiedades físicas y químicas básicas

Esta información aplica a toda/ la totalidad de la mezcla.

- Estado físico: el cemento seco es un material sólido inorgánico finamente molido (polvo fino de color gris o blanco). Granulometría general: 5-30 µm
- Color: gris o blanco
- Olor: inodoro
- Punto de fusión: >1.250 °C



- e) Punto inicial de ebullición e intervalo de ebullición: no aplicable ya que en condiciones atmosféricas normales el punto de ebullición  $>1.250^{\circ}\text{C}$
- f) Inflamabilidad (sólido, gas, líquido): no aplicable ya que es un sólido no inflamable y ni puede provocar fuego ni contribuye a provocar fuego por fricción
- g) Límite superior e inferior de explosividad: no aplicable por no ser un gas inflamable
- h) Punto de inflamación: no aplicable al no ser un líquido
- i) Temperatura de auto-inflamación: no aplicable (no pirofórico – no enlaces organometálicos, organofosfatados u órgano-metaloides ni sus derivados. En su composición no hay ningún otro constituyente pirofórico)
- j) Temperatura de descomposición: no aplicable al no haber presencia de peróxidos orgánicos
- k) pH (T  $20^{\circ}\text{C}$ ; en agua, proporción agua/sólido 1:2): básico entre 11 y 13,5
- l) Viscosidad cinemática: no aplicable al no ser un líquido
- m) Solubilidad(es) en agua (T  $20^{\circ}\text{C}$ ): leve (0,1-1,5 g/l)
- n) Coeficiente de reparto n-octanol/agua: no aplicable por tratarse de una sustancia inorgánica
- o) Presión de vapor: no aplicable ya que su punto de fusión es  $>1.250^{\circ}\text{C}$
- p) Densidad y/o densidad relativa: 2,75 - 3,20 g/cm<sup>3</sup> a  $20^{\circ}\text{C}$ ; densidad aparente: 0,9-1,5 g/cm<sup>3</sup> a  $20^{\circ}\text{C}$
- q) Densidad de vapor relativa: no aplicable por ser una sustancia sólida
- r) Características de las partículas. Tamaño típico de las partículas: 5-30  $\mu\text{m}$

## 9.2. Información adicional

### 9.2.1. Información relativa a las clases de peligro físico

Explosivos: No Aplica. No es explosivo.  
 Aerosoles: No Aplica. No contiene.  
 Gases a presión: No Aplica. Mezcla sólida.  
 Sustancias y mezclas que experimentan calentamiento espontáneo: No Aplica.  
 Sustancias y mezclas que emiten gases inflamables en contacto con el agua: No Aplica.  
 Sustancias y mezclas que reaccionan espontáneamente: No Aplica.  
 Líquidos pirofóricos: No Aplica. Mezcla sólida.  
 Sólidos pirofóricos: No Aplica.  
 Líquidos inflamables: No Aplica. Mezcla sólida.  
 Gases inflamables: No Aplica. Mezcla sólida.  
 Sólidos inflamables: No Aplica. No es inflamable.  
 Líquidos comburentes: No Aplica. Mezcla sólida.  
 Gases comburentes: No Aplica. Mezcla sólida.  
 Sólidos comburentes: No Aplica. No contiene productos comburentes.  
 Peróxidos orgánicos: No Aplica. No contiene peróxidos.  
 Corrosivos para los metales: No Aplica dentro del conocimiento actual.  
 Explosivos desensibilizados: No Aplica. Mezcla no explosiva.

### 9.2.2. Otras características de seguridad

No Aplica.

## SECCIÓN 10: Estabilidad y reactividad.

### 10.1. Reactividad

Al mezclarlo con agua, los cementos fraguan formando una masa pétreo estable y resistente a las condiciones ambientales normales.

### 10.2. Estabilidad química

Los cementos secos son estables, en tanto en cuanto estén almacenado correctamente (ver sección 7) y compatibles con la mayoría del resto de materiales de construcción. Deben mantenerse secos.

Se debe evitar que entre contacto con materiales incompatibles.

El cemento húmedo es alcalino e incompatible con ácidos, sales de amonio, aluminio u otros

metales no nobles. El cemento se disuelve en ácido fluorhídrico produciendo gas corrosivo de tetrafluoruro de silicio. El cemento reacciona con agua formando silicatos e hidróxido de calcio. Los silicatos en el cemento reaccionan con potentes agentes oxidantes como el flúor; trifluoruro de boro; trifluoruro de cloro; trifluoruro de manganeso y difluoruro de oxígeno.

### 10.3. Posibilidad de reacciones peligrosas

Los cementos no provocan reacciones peligrosas.

### 10.4. Condiciones que deben evitarse

La humedad durante su almacenamiento puede provocar el fraguado del cemento y una pérdida de calidad del producto.

### 10.5. Materiales incompatibles

Ácidos, sales de amonio, aluminio u otros metales no nobles. Se debe evitar el uso incontrolado de polvo de aluminio con el cemento húmedo ya que al reaccionar libera hidrógeno.

### 10.6. Productos de descomposición peligrosos

El cemento no se descompone en productos peligrosos.

## SECCIÓN 11: Información toxicológica

### 11.1. Información sobre los efectos toxicológicos

| Clase de peligro                             | Cat. | Efecto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Referencia                    |
|----------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Toxicidad cutánea aguda                      | -    | Parámetros del ensayo: conejo, 24 horas de contacto, 2.000 mg/kg peso corporal - no letal.<br>De acuerdo a los datos disponibles no reúne los criterios para su clasificación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | (2)                           |
| Toxicidad aguda por inhalación               | -    | No se ha observado toxicidad aguda por inhalación.<br>De acuerdo a los datos disponibles no reúne los criterios para su clasificación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | (9)                           |
| Toxicidad oral aguda                         | -    | De acuerdo a los estudios realizados con el polvo del hormo de clínker no hay indicio de toxicidad oral. El polvo del hormo de clínker contiene clínker de cemento Portland en cantidades que pueden variar.<br>De acuerdo a los datos disponibles no reúne los criterios para su clasificación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Estudio bibliográfico         |
| Corrosión o Irritación cutánea               | 2    | El cemento en contacto con la piel húmeda, sin protección adecuada, puede provocar engrosamiento cutáneo, agrietamiento o fisuras en la piel. El contacto prolongado en combinación con abrasión puede producir quemaduras graves.<br>Algunos individuos expuestos a polvo de cemento húmedo pueden desarrollar eczema, causado por el elevado pH, que induce una dermatitis irritante de contacto después de un contacto prolongado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | (2)<br>Experiencia en humanos |
| Lesiones oculares graves o Irritación ocular | 1    | El clínker de cemento Portland provocó diferentes efectos en la córnea y el índice de inflamación calculado fue de 128.<br>Los cementos contienen cantidades variables de clínker de cemento Portland, cenizas volantes, escorias de alto horno, yeso. Puzolanas naturales, esquistos calcinados, humos de silos y caliza.<br>El contacto directo con polvo de cemento puede provocar daños en la córnea por exfoliación mecánica, inflamación e inflamación inmediata o retardada.<br>El contacto directo con grandes cantidades de polvo cemento seco o salpicaduras de cemento húmedo puede producir queratitis de diferente consideración que pueden ir desde inflamaciones moderadas (por ejemplo, conjuntivitis o blefaritis) a quemaduras químicas y ceguera.                           | (10), (11)                    |
| Sensibilización cutánea                      | -    | Algunos individuos expuestos a polvo de Clínker húmedo de cemento Portland pueden desarrollar eczema, causado bien porque el elevado pH induce una dermatitis de contacto o bien por una reacción inmunológica frente al Cr(VI) soluble que provoca una dermatitis alérgica de contacto.<br>La respuesta puede aparecer de varias formas que van desde una leve erupción a una dermatitis severa y es una combinación de los dos mecanismos arriba mencionados.<br>Si el cemento contiene agente reductor de Cr(VI) soluble, en tanto en cuanto al periodo de eficacia de reducción de los cromatos no se exceda, no se espera que se produzca efecto sensibilizante [Referencia (3)]. Por ello, y de acuerdo con la consulta publicada por ECHA, no se considera procedente su clasificación. | (3), (4),<br>(17), (18)       |
| Sensibilización respiratoria                 | -    | No existen indicios de que provoque sensibilización del aparato respiratorio.<br>De acuerdo a los datos disponibles no reúne los criterios para su clasificación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | (1)                           |
| Mutagenicidad en células germinales          | -    | No existen indicios.<br>De acuerdo a los datos disponibles no reúne los criterios para su clasificación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | (12), (13)                    |

| Clase de peligro                                                             | Cal. | Elucid.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Referencia                                  |
|------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Carcinogenicidad                                                             | -    | No se ha establecido ninguna relación causal entre la exposición al cemento Portland y el desarrollo de cáncer. Los datos epidemiológicos presentes en la bibliografía no apoyan la consideración del cemento como sospechoso de ser carcinogénico en humanos. El cemento Portland es clasificable como carcinogénico en humanos (de acuerdo con la ACIGH A4) A menos de lo que provoca que puedan ser carcinogénicos en humanos pero que no se puede concluir que lo sean por ausencia de datos que lo corroboren. Los ensayos in vitro y en animales no aportan indicios suficientes para clasificar el agente en relación con carcinogenicidad en algunas de las otras categorías. De acuerdo a los datos disponibles no reúne los criterios para su clasificación. | (1), (14)                                   |
| Toxicidad para la reproducción                                               | -    | De acuerdo a los datos disponibles no reúne los criterios para su clasificación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | No hay evidencia por experiencia en humanos |
| Toxicidad específica en determinados órganos (STOT) - exposición única       | 3    | El polvo de cemento puede provocar irritación de la garganta y el tracto respiratorio. Exposiciones a concentraciones superiores a los valores límite de exposición pueden producir los estornudos y sensación de ahogo. En general, el historico de datos indica que la exposición en el lugar de trabajo a polvo de cemento produce un déficit en la función respiratoria. No obstante, actualmente se carece de suficientes datos para establecer una relación dosis-respuesta para estos efectos.                                                                                                                                                                                                                                                                  | (1)                                         |
| Toxicidad específica en determinados órganos (STOT) - exposiciones repetidas | -    | La exposición a largo plazo a polvo respirable de cemento por encima de los valores límite de exposición puede producir los, sensación de ahogo y cambios crónicos obstructivos en el tracto respiratorio. No se han observado efectos crónicos a bajas concentraciones. De acuerdo a los datos disponibles no reúne los criterios para su clasificación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | (15)                                        |
| Peligro por aspiración                                                       | -    | No aplicable debido a que los cementos no se usan en aerosol.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                             |

A parte de la sensibilización cutánea, el clinker de cemento y los cementos tienen las mismas propiedades toxicológicas y ecotoxicológicas.

#### Agravamiento de enfermedades previas por exposición.

Respirar polvo de cemento puede agravar los síntomas de enfermedades previamente diagnosticadas tales como patologías respiratorias, enfisema, asma, patologías oculares y patologías cutáneas.

### 11.2. Información sobre otros peligros

#### 11.2.1. Propiedades de alteración endocrina

Este producto no tiene propiedades de alteración endocrina.

## SECCIÓN 12: Información ecológica

### 12.1. Toxicidad

El producto no es peligroso para el medio ambiente. Ensayos de ecotoxicidad de cemento con *Daphnia magna* [Referencia (5)] y *Selenastrum coli* [Referencia (6)] han demostrado un mínimo impacto toxicológico, por lo que no se han podido determinar valores de LC50 y EC50 [Referencia (7)]. No hay indicación sobre toxicidad de la fase sedimentaria [Referencia (8)].

En caso de derrame accidental de grandes cantidades de clinker de cemento en el agua se puede producir una débil subida de su pH, que bajo ciertas circunstancias podría representar cierta toxicidad para la vida acuática.

### 12.2. Persistencia y degradabilidad

No relevante. Después de fraguar, el cemento no presenta ningún riesgo de toxicidad.

### 12.3. Potencial de bioacumulación

No relevante. Después de fraguar, el cemento no presenta ningún riesgo de toxicidad.

### 12.4. Movilidad en el suelo

No relevante. Después de fraguar, el cemento no presenta ningún riesgo de toxicidad.

### 12.5. Resultados de la valoración PBT y mPmB

No relevante. Después de fraguar, el cemento no presenta ningún riesgo de toxicidad.



#### 12.6. Propiedades de alteración endocrina

Este producto no tiene propiedades de alteración endocrina.

#### 12.7. Otros efectos adversos

No relevante.

### SECCIÓN 13: Consideraciones relativas a la eliminación

#### 13.1. Métodos para el tratamiento de residuos

No verter cemento ni en desagües ni en aguas superficiales.

##### **Producto = cemento cuyo reductor de cromo (VI) ha superado periodo de eficacia**

Código LER: 10 13 99 (residuos no especificados en otra categoría).

Cuando se demuestre que contenga más de un 0,0002% de Cr(VI) soluble no debe ser utilizado o vendido excepto para su uso en proceso cerrados y totalmente automatizados, o debe reciclarse o eliminarse de acuerdo a la legislación local o volver a ser tratado con agente reductor.

##### **Producto = restos no utilizados o derrames de material seco**

Código LER: 10 13 06 (partículas y polvo).

Recoger el polvo. Etiquetar los contenedores. Su reutilización es posible en función del periodo de eficacia del reductor de Cr(VI) (plazos indicados en el saco o albarán) y los requerimientos para evitar la exposición al polvo. En caso de querer eliminarlo, mezclar con agua, dejar fraguar y eliminar de acuerdo a las indicaciones del apartado "Producto - cemento fraguado tras adición de agua".

##### **Producto = material húmedo**

Dejar fraguar, evitar su vertido en redes de alcantarillado, sistemas de drenaje o aguas superficiales (por ejemplo, arroyos) y eliminar como se indica en el apartado "Producto - cemento fraguado tras adición de agua".

##### **Producto = cemento fraguado tras adición de agua**

Código LER: 10 13 14 (Residuos de la fabricación de cemento - residuos de hormigón y fodos de hormigón) o 17 01 01 (Residuos de la construcción y demolición - hormigón).

Eliminar de acuerdo a la legislación local. Evitar su vertido en redes de alcantarillado. Eliminar el producto fraguado como residuo de hormigón. El cemento fraguado es un residuo inerte y no peligroso.

##### **Residuos de envase**

Código LER: 15 01 01 (residuos de envases de papel y cartón).

Gestionar los residuos de envase completamente vacíos y de acuerdo a la legislación local.

### SECCIÓN 14: Información relativa al transporte

El cemento no está afectado por la legislación internacional de transporte de mercancías peligrosas (IMDG, IATA, ADR/RID). Mercancía no peligrosa según la reglamentación de transporte.

No es necesario adoptar ninguna precaución especial aparte de las mencionadas en la sección 8 Controles de exposición/Protección Individual.

#### 14.1. Número ONU

No relevante.

#### 14.2. Designación oficial de transporte de las Naciones Unidas

No relevante.

#### 14.3. Clase(s) de peligro para el transporte

No relevante.

#### 14.4. Grupo de embalaje

No relevante.

#### 14.5. Peligros para el medio ambiente

No relevante.

#### 14.6. Precauciones particulares para los usuarios

No relevante.

#### 14.7. Transporte a granel con arreglo a los instrumentos de la OMI

No relevante.

### SECCIÓN 15: Información reglamentaria

#### 15.1. Reglamentación y legislación en materia de seguridad, salud y medio ambiente específicas para la sustancia o la mezcla

De acuerdo al REACH el cemento es un preparado, por lo que no está sujeto a registro. El clínker de cemento está exento de registro (Art. 2.7 (b) y Anexo V.10 del REACH).

La comercialización del cemento está sujeta a restricciones sobre el contenido de Cr(VI) (Anexo XVII apartado 47 Compuestos de cromo (VI) del REACH y la Orden PRE/1954/2004).

1. "El cemento y las mezclas que contienen cemento no se podrán usar o comercializar si, una vez hidratados, su contenido de cromo (VI) soluble es superior a 2 mg/kg (0,0002%) del peso seco total del cemento".
2. "Cuando se usen agentes reductores, y sin perjuicio de la aplicación de otras disposiciones comunitarias sobre clasificación, envasado y etiquetado de sustancias y mezclas, los proveedores garantizarán, antes de la comercialización, que el envase del cemento o de las mezclas que contengan cemento va marcado de forma visible, legible e indeleble con información sobre la fecha de envasado, así como sobre las condiciones de almacenamiento y el tiempo de almacenamiento adecuados para mantener la actividad del agente reductor y el contenido de cromo (VI) soluble por debajo del límite indicado en el punto 1."
3. "A título de excepción, los puntos 1 y 2 no se aplicarán a la comercialización y el uso en procesos controlados, cerrados y totalmente automatizados en los que el cemento y las mezclas que contienen cemento solo sean manejados por máquinas y en los que no exista ninguna posibilidad de contacto con la piel."
4. La norma adoptada por el Comité Europeo de Normalización (CEN) para realizar ensayos sobre el contenido de cromo (VI) hidrosoluble en el cemento o en la mezcla que lo contenga se utilizará como el método de ensayo para acreditar la conformidad con el punto 1.

#### Información reglamentaria estatal

La comercialización del cemento está sujeta a restricciones sobre el contenido de Cr(VI) recogidas en la Orden PRE/1954/2004, equivalentes a las especificadas en el Reglamento REACH mencionado en el apartado anterior.

Información conforme al artículo 41 de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales.

En cumplimiento del artículo 41 de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, "Obligaciones de fabricantes, importadores y suministradores", se informa que el producto puede contener trazas o impurezas de sílice cristalina (fracción fina), así como trazas (impurezas) de cromo hexavalente y níquel.

Los posibles contenidos de estas sustancias son inferiores a los requisitos para la clasificación de este producto, de acuerdo con el Reglamento (CE) nº 1272/2008 y para la información necesaria de la sección 3 de esta Ficha de Datos de Seguridad, de acuerdo con el Reglamento (CE) nº 1907/2006.

Los trabajos que supongan exposición al polvo respirable de sílice cristalina generado en un proceso de trabajo, así como las sustancias cromo hexavalente y níquel, están recogidos en distintos apartados de la Directiva 2004/37/CE, modificada por la Directiva (UE) 2017/2398, y consecuentemente, quedarán recogidos en el Real Decreto 665/1997. Por tal motivo, en su caso, deberán adoptarse las oportunas medidas preventivas.

#### 15.2. Evaluación de la seguridad química

No se ha realizado ninguna evaluación de seguridad química.

## SECCIÓN 16: Otra información

### 16.1. Control de cambios

En esta Versión 5 se ha actualizado la tabla del apartado 8.1 con la legislación y valores de referencia para los valores límite de fracción respirable de partículas en la exposición profesional diaria.

También se ha ampliado la lista de cementos de la tabla 2, se informa de que a nuestros cementos blancos no aplica la fecha de caducidad de dos meses y, por último, se han actualizado algunos enlaces que estaban obsoletos.

### 16.2. Usos identificados y descriptores y categorías de uso

La siguiente tabla ofrece un resumen de todos los usos pertinentes identificados para el cemento o las mezclas que lo contienen (conglomerantes hidráulicos). Todos los usos se han agrupado en estos usos identificados debido a las condiciones específicas de exposición para la salud humana y el medio ambiente.

Para cada uno de los usos se han planteado una serie de medidas de gestión de riesgos o controles localizados (ver sección 8) que necesitan ser puestos en práctica por el usuario de cemento o las mezclas que lo contienen (conglomerantes hidráulicos) para alcanzar un nivel de exposición aceptable.

| Categoría de proceso (PROC) | Usos identificados<br>Descripción del uso                                                                                | Fabricación /<br>Formulación de<br>materiales de edificación y construcción | Uso industrial /<br>profesional de |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 2                           | Uso en proceso continuo y cerrado con esporádicas exposiciones controladas.                                              | X                                                                           | X                                  |
| 3                           | Uso en proceso cerrado por lotes/dosificación                                                                            | X                                                                           | X                                  |
| 5                           | Mezcla mediante procesos de dosificación para formular preparados o artículos                                            | X                                                                           | X                                  |
| 7                           | Pulverización industrial                                                                                                 |                                                                             | X                                  |
| 8a                          | Transferencia de sustancias o preparados desde/a buques/grandes contenedores a instalaciones no dedicadas/no específicas |                                                                             | X                                  |
| 8b                          | Transferencia de sustancias o preparados desde/a buques/grandes contenedores a instalaciones dedicadas/específicas       | X                                                                           | X                                  |
| 9                           | Transferencia de sustancias o preparados a contenedores más pequeños                                                     | X                                                                           | X                                  |
| 10                          | Aplicación a rodillo o cepillado                                                                                         |                                                                             | X                                  |
| 11                          | Pulverización no industrial                                                                                              |                                                                             | X                                  |
| 13                          | Tratamiento de artículos por inmersión y vertido                                                                         |                                                                             | X                                  |
| 14                          | Producción de preparados o artículos mediante "tableting", extrusión-compresión, peletización                            | X                                                                           | X                                  |
| 19                          | Mezcla manual con contacto estrecho siempre y cuando se disponga de EPI                                                  |                                                                             | X                                  |
| 22                          | Operaciones de procesamiento de minerales/metales, potencialmente cerradas, a elevadas temperaturas. Contexto industrial |                                                                             | X                                  |
| 26                          | Manejo de sustancias inorgánicas sólidas a temperatura ambiente.                                                         | X                                                                           | X                                  |

### 16.3. Abreviaturas y acrónimos

|         |                                                                                                                                                                                         |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ACGIH   | American Conference of Industrial Hygienists (Conferencia Americana de Higienistas Industriales).                                                                                       |
| ADR/RID | Acuerdo europeo relativo al transporte internacional de mercancías peligrosas por carretera / Reglamento relativo al transporte internacional de mercancías peligrosas por ferrocarril. |
| CAS     | Chemical Abstracts Service, es una división de la Sociedad Americana de Química.                                                                                                        |
| CLP     | Clasificación, Etiquetado y Envasado de sustancias y mezclas (Reglamento Europeo, nº 1272/2008)                                                                                         |



|        |                                                                                                                                                                           |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DNEL   | Nivel sin efecto derivado.                                                                                                                                                |
| ECHA   | Agencia Europea de Sustancias y Preparados Químicos.                                                                                                                      |
| EINECS | Inventario Europeo de Sustancias Químicas Existentes.                                                                                                                     |
| EPA    | Filtro de aire eficiente para partículas.                                                                                                                                 |
| EPOC   | Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.                                                                                                                                  |
| FDS    | Ficha de datos de seguridad.                                                                                                                                              |
| FPA    | Factor de Protección Asignado.                                                                                                                                            |
| FFP    | Mascarilla autofiltrante para partículas (desechable).                                                                                                                    |
| HEPA   | Filtro de aire de alta eficiencia para partículas.                                                                                                                        |
| IATA   | Asociación Internacional de transporte aéreo.                                                                                                                             |
| IMDG   | Código marítimo internacional de mercancías peligrosas.                                                                                                                   |
| LC50   | Concentración letal de un compuesto en aire o agua que mata al 50% de los organismos estudiados en condiciones específicas.                                               |
| LER    | Lista europea de residuos.                                                                                                                                                |
| EC50   | Concentración, calculada estadísticamente, que se espera produzca un efecto no-lethal definido en el 50% de una población de organismos en unas condiciones determinadas. |
| EM     | Estado Miembro.                                                                                                                                                           |
| MEASE  | Herramienta para la estimación de exposiciones a metales y compuestos inorgánicos.                                                                                        |
| EBRC   | Consulting GmbH for Eurometaux, <a href="http://www.ebrc.de/ebrc/ebrc-mease.php">http://www.ebrc.de/ebrc/ebrc-mease.php</a>                                               |
| PBT    | Persistente, bioacumulable y tóxica.                                                                                                                                      |
| PNEC   | Concentración Prevista sin Efectos.                                                                                                                                       |
| PROC   | Categoría de proceso.                                                                                                                                                     |
| R20    | Nocivo por inhalación.                                                                                                                                                    |
| R37/38 | Irrita los ojos, la piel y las vías respiratorias.                                                                                                                        |
| R41    | Riesgos de lesiones oculares muy graves.                                                                                                                                  |
| R43    | Posibilidad de sensibilización en contacto con la piel.                                                                                                                   |
| R48    | Riesgo de efectos graves para la salud en caso de exposición prolongada.                                                                                                  |
| REACH  | Registro, la evaluación, la autorización y la restricción de las sustancias y preparados químicos (Reglamento (CE) nº1907/2006).                                          |
| SCOEL  | Comité Científico para los Límites de Exposición profesional a Agentes Químicos.                                                                                          |
| STOT   | Toxicidad específica en determinados órganos.                                                                                                                             |
| UVCB   | Sustancias de composición desconocida o variable, productos de reacción complejos o materiales biológicos.                                                                |
| vPvB   | Muy persistente y muy bioacumulable.                                                                                                                                      |
| VLA/ED | Valor límite ambiental de exposición profesional diaria.                                                                                                                  |

#### 16.4. Referencias

- (1) Portland Cement Dust - Hazard assessment document EH75/7, UK Health and Safety Executive, 2006. Available from: <http://www.hse.gov.uk/pubns/web/portlandcement.pdf>.
- (2) Observations on the effects of skin irritation caused by cement, Kietzman et al, *Dermatosen*, 47, 5, 184-189 (1999).
- (3) European Commission's Scientific Committee on Toxicology, Ecotoxicology and the Environment (SCTEE) opinion of the risks to health from Cr(VI) in cement (European Commission, 2002).  
[http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_risk/committees/sct/documents/out158\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_risk/committees/sct/documents/out158_en.pdf).
- (4) Epidemiological assessment of the occurrence of allergic dermatitis in workers in the construction industry related to the content of Cr(VI) in cement, NIOH, Page 11, 2003.
- (5) U.S. EPA, Short-term Methods for Estimating the Chronic Toxicity of Effluents and Receiving Waters to Freshwater Organisms, 3rd ed. EPA/600/7-91/002, Environmental Monitoring and Support Laboratory, U.S. EPA, Cincinnati, OH (1994a) and 4th ed. EPA-821-R-02-013, US EPA, office of water, Washington D.C. (2002).
- (6) U.S. EPA, Methods for Measuring the Acute Toxicity of Effluents and Receiving Waters to Freshwater and Marine Organisms, 4th ed. EPA/600/4-90/027F, Environmental Monitoring

|                                                                                   |                                                    |         |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------|-------------|
|  | HOJA DE SEGURIDAD PEGANTE PORCELANICO<br>ULTRAFLEX | FECHA   | 14-julio-23 |
|                                                                                   |                                                    | CODIGO  | HS-GH-06    |
|                                                                                   |                                                    | VERSION | 0           |

## 1. IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO Y DE LA COMPAÑÍA.

|                       |                                                                                                                               |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del producto:  | PEGANTE PORCELANICO ULTRAFLEX                                                                                                 |
| Tipo de producto:     | ADHESIVO CEMENTICO PARA INSTALACIÓN DE CERAMICA, PORCELANATO DE BAJA ABSORCION, PIEDRA EN PISO Y PARED CONFORME A LA NTC-6050 |
| Fabricante:           | PEGAMASTER SAS.                                                                                                               |
| Dirección comercial:  | Calle 11 N° 26-49 Sogamoso - Boyacá.                                                                                          |
| Teléfono de contacto: | (57) 775 4605 Oficina principal.                                                                                              |
| e-mail:               | <a href="mailto:ventas@pegamaster.com">ventas@pegamaster.com</a>                                                              |
| Página web:           | <a href="http://www.pegamaster.com">www.pegamaster.com</a>                                                                    |

## 2. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Riesgos para la salud del hombre:

**Efecto en salud de visual:** Puede causar daño e irritación ocular en la superficie de la córnea.



**Efectos en salud cutánea:** Puede causar irritación en la piel.

**Efectos en salud por ingestión:** La ingestión de este producto puede causar náusea, vómito y diarrea.

**Efectos en salud por inhalación:** Puede irritar las vías respiratorias.

**Condiciones médicas agravadas por la exposición:** Hipersensibilidad al producto, alergias y trastornos cutáneos o respiratorios.

Riesgos de seguridad:

**¡PRECAUCIÓN! IRRITANTE.** Use guantes adecuados, protección para los ojos y cara, y protección respiratoria. Manténgase fuera del alcance de los niños.

|                                                                                   |                                                            |         |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------|-------------|
|  | <b>HOJA DE SEGURIDAD PEGANTE PORCELANICO<br/>ULTRAFLEX</b> | FECHA   | 14-julio-23 |
|                                                                                   |                                                            | CODIGO  | HS-GH-06    |
|                                                                                   |                                                            | VERSION | 0           |

### 3. COMPOSICIÓN / INFORMACIÓN SOBRE LOS COMPONENTES

- **Descripción del compuesto:** Mezcla seca arena, cemento y aditivos

| Componentes peligrosos:<br>Nombre | Número CAS | Contenido | Riesgos      |
|-----------------------------------|------------|-----------|--------------|
| ARENA SILICE                      | 14808-60-7 | 50-60 %   | No peligroso |
| CEMENTO PORTLAND                  | 65997-15-1 | 25-35%    | No peligroso |

Los demás componentes no son considerados como peligrosos para la salud.

### 4. PRIMEROS AUXILIOS.

**Síntomas y efectos:** Contacto con los ojos pueden producir irritación. Por ingestión puede producir diarrea y vómito. El contacto prolongado con la piel puede causar irritación, resequedad y posibles alergias.

**Primeros auxilios por inhalación:** Si se inhala, lleve de inmediato a la persona afectada a un espacio aireado. Si la persona afectada no está respirando, suministre respiración artificial. Si los síntomas persisten, consiga atención médica.

**Primeros auxilios contacto con piel:** Enjuague la zona afectada con grandes cantidades de agua. Si la irritación persiste, consiga atención médica.

**Primeros auxilios contacto con ojos:** Enjuague los ojos de inmediato con abundante cantidad de agua por lo menos durante 15 minutos. Si la irritación persiste, busque atención médica.

**Primeros auxilios ingestión:** busque atención médica inmediata. No induzca el vómito.

### 5. MEDIDAS EN LA LUCHA CONTRA INCENDIO.

**Productos peligros de descomposición:** Pueden liberarse gases o vapores irritantes y tóxicos durante un incendio. Tras la descomposición de este producto





HOJA DE SEGURIDAD PEGANTE PORCELANICO  
ULTRAFLEX

|         |             |
|---------|-------------|
| FECHA   | 14-julio-23 |
| CODIGO  | HS-GH-06    |
| VERSION | 0           |

**MEDIDAS A TOMAR EN CASO DE DERRAME ACCIDENTAL.**

- Precauciones personales:** Evite la generación de polvo durante limpieza rociando un poco de aserrín húmedo.
- Protección personal:** Use una mascarilla para polvo y gafas, si el polvo se genera por encima de los límites de exposición.
- Precaución con medio ambiente:** Prevenir la entrada a desagües, riveras, canales o ríos. Uso apropiado de contenedores para evitar la contaminación ambiental.
- Derrames - Limpieza:** Usar métodos secos para limpiar que nos dispersen el polvo al aire. Colocar el material derramado en un recipiente adecuado. Evitar la inhalación del producto y el contacto con la piel. Si el producto se encuentra húmedo, raspar para juntarlo y colocarlo en un recipiente apropiado. Esperar a que fragüe para poder eliminarlo como residuo inerte.
- En la medida de las posibilidades no aplique agua, ya que el Producto reacciona hasta endurecerse y adherirse a la superficie del derrame.

**7. MANEJO Y ALMACENAMIENTO.**

- Manejo del producto:**
- Mantenga seco el producto en su empaque original hasta que se utilice.
  - Asegure una buena ventilación en los lugares donde se manipule el producto.
  - Evite nubes de polvo durante la manipulación. En caso necesario usar gafas de protección y mascarillas con filtro 2097.
  - Evite el contacto directo con la piel y las mucosas. Mantenga una higiene personal adecuada. Retire y lave de inmediato la ropa polvorienta.
  - Lavarse la piel meticulosamente tras la exposición al producto.
  - No ingiera alimentos durante la manipulación del producto.

|                                                                                   |                                                    |         |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------|-------------|
|  | HOJA DE SEGURIDAD PEGANTE PORCELANICO<br>ULTRAFLEX | FECHA   | 14-julio-23 |
|                                                                                   |                                                    | CODIGO  | HS-GH-06    |
|                                                                                   |                                                    | VERSION | 0           |

**Temperatura de manejo / Manipulación:** Temperatura ambiente.

**Almacenamiento:** Almacene en un lugar donde no tenga exposiciones extremas de temperatura, luz o humedad. No Apile de manera directa sobre el piso, el material deberá estar estibado con distancia a piso mínimo de 15 cm y paredes de 20 cm. No debe permitir el contacto de lluvia con la bolsa. Mantener fuera del alcance de los niños.

## 8. CONTROLES DE EXPOSICIÓN / PROTECCIÓN PERSONAL.

### 8.1. Información general del producto.

Mantenga la formación de polvo, partículas y emanaciones al mínimo.

### 8.2. Límites de exposición al componente.

**Protección respiratoria:** Para la manipulación del producto se recomienda usar mascarillas homologadas para material particulado.

**Protección de cutánea:** Use guantes de látex o nitrilo para manipulación prolongada del producto.  
No usar cremas tipo barrera en lugar de guantes impermeables.  
Retire la ropa y los equipos que se saturan de mortero.

**Protección de ojos:** Usar gafas de protección al manipular polvo o mortero húmedo para evitar que éste entre en contacto con los ojos. No se recomienda usar lentes de contacto.

## 9. PROPIEDADES FÍSICAS Y QUÍMICAS.

Los datos proporcionados en esta sección son recomendados para manipulación segura del producto. Por favor para las especificaciones técnicas y para propósitos de formulación consulte la Ficha técnica del producto.

**Estado físico:** Polvo.  
**Apariencia:** gris o blanco.  
**Olor:** N/A  
**Presión del vapor:** N/A  
**Punto de ebullición:** N/A  
**Solubilidad (H2O):** Dispersable

|                                                                                   |                                                    |         |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------|-------------|
|  | HOJA DE SEGURIDAD PEGANTE PORCELANICO<br>ULTRAFLEX | FECHA   | 14-julio-23 |
|                                                                                   |                                                    | CODIGO  | HS-GH-06    |
|                                                                                   |                                                    | VERSION | 0           |

#### 10. ESTABILIDAD / REACTIVIDAD.

|                               |                                                                                   |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Estabilidad:</b>           | Estable en condiciones normales de almacenamiento.<br>Mantener seco hasta su uso. |
| <b>Condiciones a evitar:</b>  | Mantener lejos del calor, humedad, fuentes de ignición.                           |
| <b>Materiales a evitar:</b>   | N.A                                                                               |
| <b>Reacciones peligrosas:</b> | N.A.                                                                              |

#### 11. INFORMACIÓN TOXICOLÓGICA.

|                                         |                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Criterios de Valoración:</b>         | Información toxicológica no ha sido determinada de manera específica para este producto. La información dada está basada en datos toxicológicos obtenidos de productos similares. |
| <b>Efecto en humanos<br/>Ingestión:</b> | Su ingestión puede provocar irritación en el tracto digestivo con náuseas, vómitos y diarrea.                                                                                     |
| <b>Inhalación:</b>                      | Estornudos e irritación leve.                                                                                                                                                     |
| <b>Contacto con la piel:</b>            | Puede causar resequedad y en algunos casos hipersensibilidad e irritación.                                                                                                        |
| <b>Contacto con los ojos:</b>           | Irritación, enrojecimiento, daños en la córnea y lagrimeo.                                                                                                                        |



|                                                                                   |                                                    |  |         |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--|---------|-------------|
|  | HOJA DE SEGURIDAD PEGANTE PORCELANICO<br>ULTRAFLEX |  | FECHA   | 14-julio-23 |
|                                                                                   |                                                    |  | CODIGO  | HS-GH-06    |
|                                                                                   |                                                    |  | VERSION | 0           |

## 12. INFORMACIÓN ECOLÓGICA.

No existen datos comprobados sobre el producto, Evite que pase a las alcantarillas o a cursos de agua.

## 13. CONSIDERACIONES PARA LA ELIMINACIÓN DE DESECHOS.

|                                  |                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Precauciones:</b>             | Ver sección 8 para identificar elementos de protección.                                                                                                                                           |
| <b>Eliminación de residuos:</b>  | Respetar las normativas locales y nacionales. Disponer el producto a eliminar en un tratador autorizado de residuos. No eliminar los residuos enviándolos a través de drenajes o fuentes de agua. |
| <b>Eliminación de depósitos:</b> | Disponer los envases a eliminar en un tratador autorizado para su eliminación.                                                                                                                    |
| <b>Legislación local:</b>        | El método de eliminación final estará de acuerdo con la legislación vigente.                                                                                                                      |

## 14. INFORMACIÓN DE TRANSPORTE.

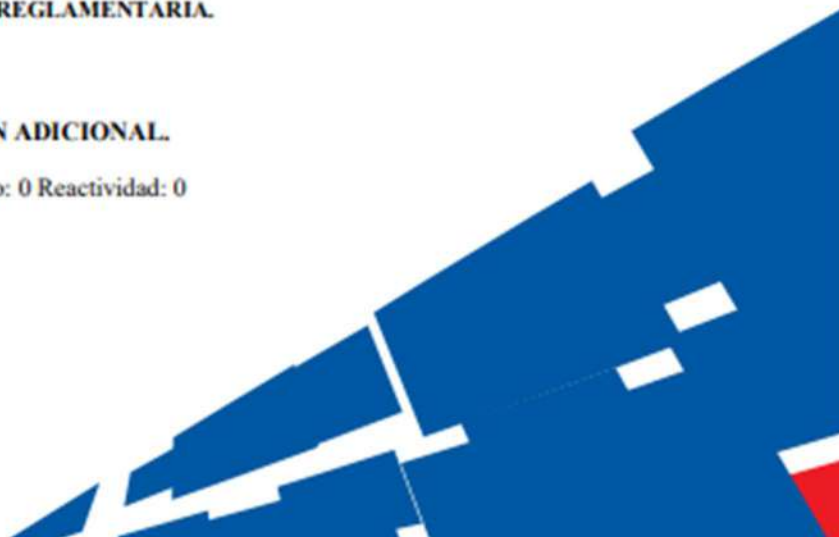
Producto no peligroso según los criterios de la reglamentación del transporte.

## 15. INFORMACIÓN REGLAMENTARIA.

N.A

## 16. INFORMACIÓN ADICIONAL.

NFPA Salud: 2 Fuego: 0 Reactividad: 0



## **ANEXO 6. ACTA NO ASBESTO**

|                                                                                   |                                                    |                         |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------|
|  | SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO |                         | CODIGO: SST-E&E-FT-20 |
|                                                                                   |                                                    |                         | VERSION:001           |
|                                                                                   | ACTA DE DECLARACIÓN                                |                         | FECHA: 05/10/2025     |
|                                                                                   | Elaboro: Consultor HSE                             | Aprobó: Coordinador HSE | Página 1 de 1         |

### ACTA DE DECLARACIÓN DE NO UTILIZACIÓN DE ASBESTO

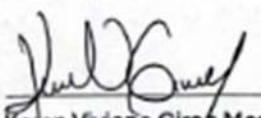
En la ciudad de Duitama, a los 26 días del mes de Noviembre del año 2025, la suscrita Yeny Esperanza Baez Gil, en calidad de representante de la empresa Consul Construcciones SAS identificada con NIT N°901482344, con domicilio en Duitama, Boyaca, procede a emitir la siguiente declaración:

Dejar constancia formal de que no se utilizará asbesto ni ningún material que lo contenga durante la ejecución de las actividades correspondientes al proyecto "COMPRA, INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DE CALDERA INDUSTRIAL Y REDES DE VAPOR" ubicado en el CENTRO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL.

#### DECLARACIÓN:

1. Que la empresa manifiesta bajo gravedad de juramento que **no emplea, comercializa, manipula ni incorpora asbesto** —en ninguna de sus variedades— ni materiales que lo contengan, en el desarrollo de la actividad antes mencionada.
2. Que esta declaración se realiza en cumplimiento de la normatividad vigente que regula y prohíbe el uso de asbesto, así como de las disposiciones en materia de salud ocupacional y protección del medio ambiente aplicables en el país.
3. Que la empresa garantiza que los materiales utilizados han sido verificados y cumplen con los estándares técnicos y legales que prohíben el uso del asbesto, asegurando condiciones seguras para trabajadores, clientes y comunidad.
4. Que cualquier proveedor o contratista vinculado a esta actividad deberá cumplir igualmente con la prohibición del uso de asbesto, siendo responsabilidad de la empresa verificar dicha conformidad.
5. Que la presente acta se expide para los fines legales, administrativos y contractuales a que haya lugar.

  
 Yeny Esperanza Baez Gil  
 Representante Legal

  
 Karen Viviana Giron Mesa  
 Coordinadora SST



## **ANEXO 7. CERTIFICADO DISPOSICIÓN DE RESIDUOS**



ASOCIACIÓN MANEJO INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS DE COLOMBIA  
NIT. 901.540.643-0

**LA ASOCIACIÓN MANEJO INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS DE COLOMBIA  
"ASOMIRS"**

**NIT. 901.540.643-0**

**CERTIFICA:**

Que, mediante alianza estratégica con **CONSUL – CONSTRUCCIONES E & E S.A.S.** NIT. 901.482.344 - 4; el día 21 de enero del presente año, nuestra organización presto el servicio de recolección y transporte desde Sena-Cedeagro hasta la bodega Estación de Clasificación y Aprovechamiento ECA ubicada en la Carrera: 21 # 15 – 46 Barrio La Milagrosa de la ciudad de Duitama de residuos considerados reciclables y reutilizables discriminados de la siguiente manera:

| ITEM | MATERIAL        | CANTIDAD<br>(Kgr) |
|------|-----------------|-------------------|
| 1    | CHATARRA        | 890               |
| 2    | ALUMINIO        | 67                |
| 2    | PLASTICOS       | 152               |
| 3    | RCD (escombros) | 4055              |
|      |                 |                   |
|      | <b>TOTAL</b>    | <b>5164</b>       |

Estos materiales han sido beneficiados e incorporados nuevamente a los ciclos productivos como materias primas aprovechables y reutilizables en diferentes industrias transformadoras de la región. Los RCD (escombros) se emplearon como material de relleno en lote debidamente autorizado.

La anterior se expide a solicitud del interesado a los 2 días del mes de febrero de 2026.

ING. RAUL REYES VARGAS  
Representante Legal "ASOMIRS"  
Cel. 320 9878984

[www.asomirscolombia.com](http://www.asomirscolombia.com) Email: [atencionalusuario@asomirscolombia.org](mailto:atencionalusuario@asomirscolombia.org)  
ECA # 1 Carrera: 20 # 17 – 23 Centro DUITAMA Cel. 320 9878984



# SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL

Elaboro: Consultor sst

Aprobó: Representante legal

CODIGO: SST-CAS-FT-53

VERSION:001

FECHA: 1/07/2025

Página 1 de 1

| CIUDAD                           | FRENTE DE TRABAJO        | FECHA                | HORA          |                          |
|----------------------------------|--------------------------|----------------------|---------------|--------------------------|
| Duitama                          | Seno - Cedeagro          | 02-02-2026           | 7:00 am.      |                          |
| ACTIVIDAD REALIZADA              |                          | TEMAS TRATADOS       |               |                          |
| Inducción                        |                          |                      |               |                          |
| Reinducción                      |                          |                      |               |                          |
| Charla de seguridad              |                          | X                    |               |                          |
| Pausa activa                     |                          |                      |               |                          |
| Reuniones de SST / Operativas    |                          |                      |               |                          |
| Seminario / Taller / Curso       |                          |                      |               |                          |
| Capacitación específica al cargo |                          |                      |               |                          |
| Otra                             |                          |                      |               |                          |
| levantamiento de objetos.        |                          |                      |               |                          |
| No                               | NOMRES Y APELLIDOS       | CEDULA DE CIUDADANIA | CARGO         | FIRMA                    |
| 1                                | Luis Alejandro Vozzi     | 7430278              | AJ            | Luis Vozzi               |
| 2                                | Duván Reyes I            | 1002461522           | Residente Obc | Duván Reyes              |
| 3                                | María Inés Pedraza       | 91396978             | Maestra       | María Inés Pedraza       |
| 4                                | Fernando León            | 80428452             | Maestro       | Fernando León            |
| 5                                | Ramiro Huella            | 9530213              | AJ            | Ramiro Huella            |
| 6                                | Univel Alejandro Salazar | 1083837554           | Ax. Obc       | Univel Alejandro Salazar |
| 7                                | Karen Giron              | 1057604073           | Residente Sst | Karen Giron              |
| 8                                | Lidia Blanca Ortiz       | 1055279409           | As            | Lidia Blanca Ortiz       |
| 9                                |                          |                      |               |                          |
| 10                               |                          |                      |               |                          |
| 11                               |                          |                      |               |                          |
| 12                               |                          |                      |               |                          |
| 13                               |                          |                      |               |                          |
| 14                               |                          |                      |               |                          |
| 15                               |                          |                      |               |                          |
| 16                               |                          |                      |               |                          |
| 17                               |                          |                      |               |                          |
| 18                               |                          |                      |               |                          |
| 19                               |                          |                      |               |                          |
| 20                               |                          |                      |               |                          |
| 21                               |                          |                      |               |                          |
| 22                               |                          |                      |               |                          |
| 23                               |                          |                      |               |                          |
| 24                               |                          |                      |               |                          |
| 25                               |                          |                      |               |                          |

Observaciones:

| RESPONSABLE       |               |             |
|-------------------|---------------|-------------|
| NOMBRE            | DOCUMENTO     | FIRMA       |
| Karen Umara Giron | 1.057.604.023 | Karen Giron |





# SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CODIGO: SST-CAS-FT-53

VERSION:001

FECHA: 1/07/2025

Página 1 de 1

## FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL

Elaboro: Consultor sst

Aprobó: Representante legal

| CIUDAD              | FRENTE DE TRABAJO | FECHA          | HORA     |
|---------------------|-------------------|----------------|----------|
| Duitama             | Sena - Cedeagro   | 03.02.2025     | 7:00 am. |
| ACTIVIDAD REALIZADA |                   | TEMAS TRATADOS |          |

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| Inducción                        |   |
| Reinducción                      |   |
| Charla de seguridad              | X |
| Pausa activa                     |   |
| Reuniones de SST / Operativas    |   |
| Seminario / Taller / Curso       |   |
| Capacitación específica al cargo |   |
| Otra                             |   |

Agotamiento por calor

| No | NOMRES Y APELLIDOS         | CEDULA DE CIUDADANIA | CARGO          | FIRMA            |
|----|----------------------------|----------------------|----------------|------------------|
| 1  |                            |                      |                |                  |
| 2  | Luis Alejandro Varga       | 7439278              | Aux            | Luis Varga       |
| 3  | Duan Reyes                 | 1002461522           | Residente Obro | Duan Reyes       |
| 4  | Plamiro Avella             | 9530213              | Aux            | Plamiro Avella   |
| 5  | Karen Viviana Giron        | 1057604023           | Residente SST  | Karen Giron      |
| 6  | Herme Jamer Padraon        | 9396428              | Maestro        | Herme Padraon    |
| 7  | Armenio Leon               | 80423428             | Maestro        | Armenio Leon     |
| 8  | Manuel Alejandro Salamanca | 105353754            | Aux Obro       | Manuel Salamanca |
| 9  | Lisbed Johana Obro         | 1055274408           | Aux            | Lisbed Obro      |
| 10 |                            |                      |                |                  |
| 11 |                            |                      |                |                  |
| 12 |                            |                      |                |                  |
| 13 |                            |                      |                |                  |
| 14 |                            |                      |                |                  |
| 15 |                            |                      |                |                  |
| 16 |                            |                      |                |                  |
| 17 |                            |                      |                |                  |
| 18 |                            |                      |                |                  |
| 19 |                            |                      |                |                  |
| 20 |                            |                      |                |                  |
| 21 |                            |                      |                |                  |
| 22 |                            |                      |                |                  |
| 23 |                            |                      |                |                  |
| 24 |                            |                      |                |                  |
| 25 |                            |                      |                |                  |

Observaciones:

| RESPONSABLE         |               |             |
|---------------------|---------------|-------------|
| NOMBRE              | DOCUMENTO     | FIRMA       |
| Karen Viviana Giron | 1.057.604.023 | Karen Giron |





# SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CODIGO: SST-CAS-FT-53

VERSION:001

FECHA: 1/07/2025

Página 1 de 1

## FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL

Elaboro: Consultor sst

Aprobó: Representante legal

| CIUDAD              | FRENTE DE TRABAJO | FECHA          | HORA     |
|---------------------|-------------------|----------------|----------|
| Duitama             | Sena              | 04. Feb 2015   | 7:00 am. |
| ACTIVIDAD REALIZADA |                   | TEMAS TRATADOS |          |

|                                  |                                     |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| Inducción                        |                                     |
| Reinducción                      |                                     |
| Charla de seguridad              | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Pausa activa                     |                                     |
| Reuniones de SST / Operativas    |                                     |
| Seminario / Taller / Curso       |                                     |
| Capacitación específica al cargo |                                     |
| Otra                             |                                     |

Primeros auxilios en quemaduras

| No | NOMRES Y APELLIDOS       | CEDULA DE CIUDADANIA | CARGO         | FIRMA   |
|----|--------------------------|----------------------|---------------|---------|
| 1  | Primerio Leon            | 80428482             | Maestro       | [Firma] |
| 2  | Karen Giron              | 1.057.604.073        | Residente sst | [Firma] |
| 3  | Manuel Alejandro Salazar | 1.853.587.554        | As            | [Firma] |
| 4  | Durán Reyes              | 1002461922           | Residente Oba | [Firma] |
| 5  | Hernan Javier Pedraza    | 9'396.978            | maestro       | [Firma] |
| 6  | Lidia Juliana Ortiz      | 103527908            | As            | [Firma] |
| 7  | Luis Vega                | 7439378              | Luis Vega     | [Firma] |
| 8  | Camilo Avila             | 9530212              | As            | [Firma] |
| 9  |                          |                      |               |         |
| 10 |                          |                      |               |         |
| 11 |                          |                      |               |         |
| 12 |                          |                      |               |         |
| 13 |                          |                      |               |         |
| 14 |                          |                      |               |         |
| 15 |                          |                      |               |         |
| 16 |                          |                      |               |         |
| 17 |                          |                      |               |         |
| 18 |                          |                      |               |         |
| 19 |                          |                      |               |         |
| 20 |                          |                      |               |         |
| 21 |                          |                      |               |         |
| 22 |                          |                      |               |         |
| 23 |                          |                      |               |         |
| 24 |                          |                      |               |         |
| 25 |                          |                      |               |         |

Observaciones:

| RESPONSABLE |              |         |
|-------------|--------------|---------|
| NOMBRE      | DOCUMENTO    | FIRMA   |
| Karen Giron | 1057.604.073 | [Firma] |





# SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CODIGO: SST-CAS-FT-53

VERSION:001

FECHA: 1/07/2025

Página 1 de 1

## FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL

Elaboro: Consultor sst

Aprobó: Representante legal

| CIUDAD  | FRENTE DE TRABAJO | FECHA      | HORA     |
|---------|-------------------|------------|----------|
| Duitama | Sena              | 05.02.2026 | 7:00 am. |

| ACTIVIDAD REALIZADA              | TEMAS TRATADOS        |
|----------------------------------|-----------------------|
| Inducción                        | Consciencia ambiental |
| Reinducción                      |                       |
| Charla de seguridad              |                       |
| Pausa activa                     |                       |
| Reuniones de SST / Operativas    |                       |
| Seminario / Taller / Curso       |                       |
| Capacitación específica al cargo |                       |
| Otra                             |                       |

| No | NOMRES Y APELLIDOS       | CEDULA DE CIUDADANIA | CARGO          | FIRMA   |
|----|--------------------------|----------------------|----------------|---------|
| 1  | Ramiro Avela             | 9530213              | Aux            | [Firma] |
| 2  | Duvan Reyes              | 1002461522           | Residente Obra | [Firma] |
| 3  | Hernan Gomez Pedraza     | 9'396.928            | Maestro        | [Firma] |
| 4  | Kendrick Jhonatan Ortiz  | 1055274408           | no             | [Firma] |
| 5  | Fernando Leon            | 804732402            | Maestro        | [Firma] |
| 6  | Manuel Alejandro Salazar | 1053582554           | Aux            | [Firma] |
| 7  | Luis Alejandro Vega      | 743 9278             | Aux            | [Firma] |
| 8  | Karen Giron              | 1059604023           | Residente SST  | [Firma] |
| 9  |                          |                      |                |         |
| 10 |                          |                      |                |         |
| 11 |                          |                      |                |         |
| 12 |                          |                      |                |         |
| 13 |                          |                      |                |         |
| 14 |                          |                      |                |         |
| 15 |                          |                      |                |         |
| 16 |                          |                      |                |         |
| 17 |                          |                      |                |         |
| 18 |                          |                      |                |         |
| 19 |                          |                      |                |         |
| 20 |                          |                      |                |         |
| 21 |                          |                      |                |         |
| 22 |                          |                      |                |         |
| 23 |                          |                      |                |         |
| 24 |                          |                      |                |         |
| 25 |                          |                      |                |         |

Observaciones:

| RESPONSABLE |               |         |
|-------------|---------------|---------|
| NOMBRE      | DOCUMENTO     | FIRMA   |
| Karen Giron | 1.059.604.023 | [Firma] |





# SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL

Elaboro: Consultor sst

Aprobó: Representante legal

CODIGO: SST-CAS-FT-53

VERSION:001

FECHA: 1/07/2025

Página 1 de 1

CIUDAD

FRENTE DE TRABAJO

FECHA

HORA

Ortama - Bay

Sena

06. Febrero - 2025

7:00 am.

### ACTIVIDAD REALIZADA

### TEMAS TRATADOS

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| Inducción                        |   |
| Reinducción                      |   |
| Charla de seguridad              | X |
| Pausa activa                     |   |
| Reuniones de SST / Operativas    |   |
| Seminario / Taller / Curso       |   |
| Capacitación específica al cargo |   |
| Otra                             |   |

Seguridad en las temblores de tierra

| No | NOMRES Y APELLIDOS         | CEDULA DE CIUDADANIA | CARGO          | FIRMA     |
|----|----------------------------|----------------------|----------------|-----------|
| 1  | Luis Alejandro Vega        | 7439278              | Aux            | Luis Vega |
| 2  | Duran Reyes                | 1002461522           | Residente Obro | Duran     |
| 3  | Hernandez Reduan           |                      |                |           |
| 4  | Karen Giron                | 1057604023           | Residente SST  | Karen     |
| 5  | Manuel Alejandro Salamanca | 10538354             | Aux            | Manuel    |
| 6  | Isabel Edgna Ortiz         | 105274908            | Aux            | Isabel    |
| 7  | Samuel Penon               | 80428492             | Muestro        | Samuel    |
| 8  | Isa niro Ave/la            | 9530213              | Aux            | Isa niro  |
| 9  |                            |                      |                |           |
| 10 |                            |                      |                |           |
| 11 |                            |                      |                |           |
| 12 |                            |                      |                |           |
| 13 |                            |                      |                |           |
| 14 |                            |                      |                |           |
| 15 |                            |                      |                |           |
| 16 |                            |                      |                |           |
| 17 |                            |                      |                |           |
| 18 |                            |                      |                |           |
| 19 |                            |                      |                |           |
| 20 |                            |                      |                |           |
| 21 |                            |                      |                |           |
| 22 |                            |                      |                |           |
| 23 |                            |                      |                |           |
| 24 |                            |                      |                |           |
| 25 |                            |                      |                |           |

Observaciones:

### RESPONSABLE

NOMBRE

DOCUMENTO

FIRMA

Karen Giron

1.057 604.023

Karen





# SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CODIGO: SST-CAS-FT-53

VERSION:001

FECHA: 1/07/2025

Página 1 de 1

## FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL

Elaboro: Consultor sst

Aprobó: Representante legal

| CIUDAD              | FRENTE DE TRABAJO | FECHA          | HORA    |
|---------------------|-------------------|----------------|---------|
| Orotama             | Seno - Cedeagro   | 07-02-2026     | 7:30 am |
| ACTIVIDAD REALIZADA |                   | TEMAS TRATADOS |         |

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| Inducción                        |   |
| Reinducción                      |   |
| Charla de seguridad              | X |
| Pausa activa                     |   |
| Reuniones de SST / Operativas    |   |
| Seminario / Taller / Curso       |   |
| Capacitación específica al cargo |   |
| Otra                             |   |

Investigacion de accidentes

| No | NOMRES Y APELLIDOS         | CEDULA DE CIUDADANIA | CARGO          | FIRMA     |
|----|----------------------------|----------------------|----------------|-----------|
| 1  | Karen Giron                | 1057.604.023         | Residente sst  | JWG       |
| 2  | Dorian Reyes               | 1002461522           | Residente Obro | DR        |
| 3  | Farmeno Perez              | 80429492             | Maestro        | Farmeno   |
| 4  | Luis Alejandro Vega        | 7439278              | Aux            | Luis Vega |
| 5  | Isamiro Aupha              | 9530213              | Aux            | Isamiro   |
| 6  | Hermano Javier Pedraza     | 9396.979             | Maestro        | Hermano   |
| 7  | Manuel Alejandro Salamanca | 1053587554           | Aux            | Manuel    |
| 8  |                            |                      |                |           |
| 9  |                            |                      |                |           |
| 10 |                            |                      |                |           |
| 11 |                            |                      |                |           |
| 12 |                            |                      |                |           |
| 13 |                            |                      |                |           |
| 14 |                            |                      |                |           |
| 15 |                            |                      |                |           |
| 16 |                            |                      |                |           |
| 17 |                            |                      |                |           |
| 18 |                            |                      |                |           |
| 19 |                            |                      |                |           |
| 20 |                            |                      |                |           |
| 21 |                            |                      |                |           |
| 22 |                            |                      |                |           |
| 23 |                            |                      |                |           |
| 24 |                            |                      |                |           |
| 25 |                            |                      |                |           |

Observaciones:

| RESPONSABLE |               |       |
|-------------|---------------|-------|
| NOMBRE      | DOCUMENTO     | FIRMA |
| Karen Giron | 1.057.604.023 | JWG   |



**SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

CODIGO: SST-CAS-FT-53

VERSION:001

**FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL**

FECHA: 1/07/2025

Elaboro: Consultor sst

Aprobó: Representante legal

Página 1 de 1

| CIUDAD                           | FRENTE DE TRABAJO          | FECHA                     | HORA           |         |
|----------------------------------|----------------------------|---------------------------|----------------|---------|
| Dutama                           | Sena - Cedeagro            | 01-Febrero-2025           | 7:00 am.       |         |
| ACTIVIDAD REALIZADA              |                            | TEMAS TRATADOS            |                |         |
| Inducción                        |                            | Inhalación pasiva de humo |                |         |
| Reinducción                      |                            |                           |                |         |
| Charla de seguridad              | X                          |                           |                |         |
| Pausa activa                     |                            |                           |                |         |
| Reuniones de SST / Operativas    |                            |                           |                |         |
| Seminario / Taller / Curso       |                            |                           |                |         |
| Capacitación específica al cargo |                            |                           |                |         |
| Otra                             |                            |                           |                |         |
| No                               | NOMRES Y APELLIDOS         | CEDULA DE CIUDADANIA      | CARGO          | FIRMA   |
| 1                                | Manuel Alejandro Salamanca | 1053537554                | ALX            | [Firma] |
| 2                                | Duvan Reyes                | 1002461522                | Residente Obrc | [Firma] |
| 3                                | Karen Giron                | 1057604023                | Residente SST  | [Firma] |
| 4                                | Javier Pedraza             | 9396978                   | maes           | [Firma] |
| 5                                | Johana Ortiz               | 105794703                 | as             | [Firma] |
| 6                                | Luis Vega                  | 7439278                   | As             | [Firma] |
| 7                                | Edmundo Aliphan            | 9530213                   | Aux            | [Firma] |
| 8                                | Edmundo Leon               | 80428482                  | Maestro        | [Firma] |
| 9                                |                            |                           |                |         |
| 10                               |                            |                           |                |         |
| 11                               |                            |                           |                |         |
| 12                               |                            |                           |                |         |
| 13                               |                            |                           |                |         |
| 14                               |                            |                           |                |         |
| 15                               |                            |                           |                |         |
| 16                               |                            |                           |                |         |
| 17                               |                            |                           |                |         |
| 18                               |                            |                           |                |         |
| 19                               |                            |                           |                |         |
| 20                               |                            |                           |                |         |
| 21                               |                            |                           |                |         |
| 22                               |                            |                           |                |         |
| 23                               |                            |                           |                |         |
| 24                               |                            |                           |                |         |
| 25                               |                            |                           |                |         |
| Observaciones:                   |                            |                           |                |         |
| RESPONSABLE                      |                            |                           |                |         |
| NOMBRE                           | DOCUMENTO                  | FIRMA                     |                |         |
| Karen Giron                      | 1.057.604.023              | [Firma]                   |                |         |



**SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

CODIGO: SST-CAS-FT-53

VERSION:001

**FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL**

FECHA: 1/07/2025

Elaboro: Consultor sst

Aprobó: Representante legal

Página 1 de 1

| CIUDAD                           | FRENTE DE TRABAJO       | FECHA                                          | HORA           |               |     |
|----------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------|----------------|---------------|-----|
| Deima                            | Cedragro                | 10-02-2026                                     | 7:00 am.       |               |     |
| ACTIVIDAD REALIZADA              |                         | TEMAS TRATADOS                                 |                |               |     |
| Inducción                        |                         | Herramientas Electricas y pequeños implementos |                |               |     |
| Reinducción                      |                         |                                                |                |               |     |
| Charla de seguridad              | X                       |                                                |                |               |     |
| Pausa activa                     |                         |                                                |                |               |     |
| Reuniones de SST / Operativas    |                         |                                                |                |               |     |
| Seminario / Taller / Curso       |                         |                                                |                |               |     |
| Capacitación específica al cargo |                         |                                                |                |               |     |
| Otra                             |                         |                                                |                |               |     |
| No                               | NOMRES Y APELLIDOS      | CEDULA DE CIUDADANIA                           | CARGO          | FIRMA         |     |
| 1                                | Pomenu Leon             | 80729182                                       | Maestro        | Pomenu Leon   |     |
| 2                                | Duvan Reyes             | 1002461522                                     | Residente Obra | Duvan Reyes   |     |
| 3                                | Javier Peltan           | 9'396.978                                      | Maestro        | Javier Peltan |     |
| 4                                | La Miro Avela           | 4530213                                        | 1x1x           | La Miro Avela |     |
| 5                                | Luis Alejandro Vega     | 74397FE                                        | Aux            | Luis Vega     |     |
| 6                                | Johana Ortiz            | 105274708                                      | Aux            | Johana Ortiz  |     |
| 7                                | Paulo Alejandro Salazar | 105358954                                      | Aux            | Paulo Salazar |     |
| 8                                | Karen Giron             | 1057604023                                     | Residente SST  | Karen Giron   |     |
| 9                                |                         |                                                |                |               |     |
| 10                               |                         |                                                |                |               |     |
| 11                               |                         |                                                |                |               |     |
| 12                               |                         |                                                |                |               |     |
| 13                               |                         |                                                |                |               |     |
| 14                               |                         |                                                |                |               |     |
| 15                               |                         |                                                |                |               |     |
| 16                               |                         |                                                |                |               |     |
| 17                               |                         |                                                |                |               |     |
| 18                               |                         |                                                |                |               |     |
| 19                               |                         |                                                |                |               |     |
| 20                               |                         |                                                |                |               |     |
| 21                               |                         |                                                |                |               |     |
| 22                               |                         |                                                |                |               |     |
| 23                               |                         |                                                |                |               |     |
| 24                               |                         |                                                |                |               |     |
| 25                               |                         |                                                |                |               |     |
| Observaciones:                   |                         |                                                |                |               |     |
| RESPONSABLE                      |                         |                                                |                |               |     |
| NOMBRE                           | Karen Giron             | DOCUMENTO                                      | 1.057.604.023  | FIRMA         | KUG |





## SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CODIGO: SST-CAS-FT-53

VERSION:001

## FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL

FECHA: 1/07/2025

Elaboro: Consultor sst

Aprobó: Representante legal

Página 1 de 1

| CIUDAD | FRENTE DE TRABAJO | FECHA      | HORA     |
|--------|-------------------|------------|----------|
| Durama | Sera Cedeagro     | 11.02.2026 | 7:00 am. |

| ACTIVIDAD REALIZADA              | TEMAS TRATADOS                |
|----------------------------------|-------------------------------|
| Inducción                        | Resbalos, troperones y caídas |
| Reinducción                      |                               |
| Charla de seguridad              |                               |
| Pausa activa                     |                               |
| Reuniones de SST / Operativas    |                               |
| Seminario / Taller / Curso       |                               |
| Capacitación específica al cargo |                               |
| Otra                             |                               |

| No | NOMRES Y APELLIDOS    | CEDULA DE CIUDADANIA | CARGO          | FIRMA     |
|----|-----------------------|----------------------|----------------|-----------|
| 1  | Luis Vega             | 7439278              | Aux            | Luis Vega |
| 2  | Duran Danilo Reyes F. | 1002 461522          | Residente Obra |           |
| 3  | Juan Peláez           | 9'396.986            | maestro        |           |
| 4  | Manuel Algado Salazar | 1053587554           | Aux            |           |
| 5  | Camilo Avella         | 01530213             | Aux            |           |
| 6  | Karen Giron           | 1057604023           | Pendiente srt  |           |
| 7  | Jesús Johana Ortiz    | 1055274708           | Maestro        |           |
| 8  | Guillermo León        | 80478482             | Maestro        |           |
| 9  |                       |                      |                |           |
| 10 |                       |                      |                |           |
| 11 |                       |                      |                |           |
| 12 |                       |                      |                |           |
| 13 |                       |                      |                |           |
| 14 |                       |                      |                |           |
| 15 |                       |                      |                |           |
| 16 |                       |                      |                |           |
| 17 |                       |                      |                |           |
| 18 |                       |                      |                |           |
| 19 |                       |                      |                |           |
| 20 |                       |                      |                |           |
| 21 |                       |                      |                |           |
| 22 |                       |                      |                |           |
| 23 |                       |                      |                |           |
| 24 |                       |                      |                |           |
| 25 |                       |                      |                |           |

Observaciones:

| RESPONSABLE |            |       |  |  |
|-------------|------------|-------|--|--|
| NOMBRE      | DOCUMENTO  | FIRMA |  |  |
| Karen Giron | 1057604023 |       |  |  |



**SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

CODIGO: SST-CAS-FT-53

VERSION:001

**FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL**

FECHA: 1/07/2025

Elaboro: Consultor sst

Aprobó: Representante legal

Página 1 de 1

| CIUDAD                           | FRENTE DE TRABAJO        | FECHA                                             | HORA           |                |
|----------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------|----------------|----------------|
| Duitama                          | Cedeagro                 | 12/02/2026                                        | 7:00 am.       |                |
| ACTIVIDAD REALIZADA              |                          | TEMAS TRATADOS                                    |                |                |
| Inducción                        |                          | Datos sobre el cigarrillo y consejos para dejarlo |                |                |
| Reinducción                      |                          |                                                   |                |                |
| Charla de seguridad              | X                        |                                                   |                |                |
| Pausa activa                     |                          |                                                   |                |                |
| Reuniones de SST / Operativas    |                          |                                                   |                |                |
| Seminario / Taller / Curso       |                          |                                                   |                |                |
| Capacitación específica al cargo |                          |                                                   |                |                |
| Otra                             |                          |                                                   |                |                |
| No                               | NOMRES Y APELLIDOS       | CEDULA DE CIUDADANIA                              | CARGO          | FIRMA          |
| 1                                | Duvan Reyes              | 1002461522                                        | Residente Obra | DA             |
| 2                                | Karen Guin               | 1057604023                                        | Residente SST  | KG             |
| 3                                | Camilo Cam               | 80478482                                          | maestro        | Camilo Cam     |
| 4                                | Jermes Jones Pedraza     | 9'396.928                                         | Maestro        | Jermes Jones   |
| 5                                | Johana Oca               | 10574708                                          | no             | Johana Oca     |
| 6                                | Manuel Alejandro Salazar | 1053587554                                        | As. obra       | Manuel Salazar |
| 7                                | Luis Alejandro Vega      | 74134278                                          | As. obra       | Luis Vega      |
| 8                                | Idamiro Arillo           | 9530713                                           | As. obra       | Idamiro Arillo |
| 9                                |                          |                                                   |                |                |
| 10                               |                          |                                                   |                |                |
| 11                               |                          |                                                   |                |                |
| 12                               |                          |                                                   |                |                |
| 13                               |                          |                                                   |                |                |
| 14                               |                          |                                                   |                |                |
| 15                               |                          |                                                   |                |                |
| 16                               |                          |                                                   |                |                |
| 17                               |                          |                                                   |                |                |
| 18                               |                          |                                                   |                |                |
| 19                               |                          |                                                   |                |                |
| 20                               |                          |                                                   |                |                |
| 21                               |                          |                                                   |                |                |
| 22                               |                          |                                                   |                |                |
| 23                               |                          |                                                   |                |                |
| 24                               |                          |                                                   |                |                |
| 25                               |                          |                                                   |                |                |
| Observaciones:                   |                          |                                                   |                |                |
| RESPONSABLE                      |                          |                                                   |                |                |
| NOMBRE                           | DOCUMENTO                | FIRMA                                             |                |                |
| Karen Viviana Guin               | 1057604023               | KG                                                |                |                |



**SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

CODIGO: SST-CAS-FT-53

VERSION:001

**FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL**

FECHA: 1/07/2025

Elaboro: Consultor sst

Aprobó: Representante legal

Página 1 de 1

| CIUDAD  | FRENTE DE TRABAJO | FECHA      | HORA     |
|---------|-------------------|------------|----------|
| Quilama | Sena              | 13-02-2026 | 7:00 am. |

| ACTIVIDAD REALIZADA              | TEMAS TRATADOS                           |
|----------------------------------|------------------------------------------|
| Inducción                        | Seguridad con los juguetes de los niños. |
| Reinducción                      |                                          |
| Charla de seguridad              |                                          |
| Pausa activa                     |                                          |
| Reuniones de SST / Operativas    |                                          |
| Seminario / Taller / Curso       |                                          |
| Capacitación específica al cargo |                                          |
| Otra                             |                                          |

| No | NOMRES Y APELLIDOS         | CEDULA DE CIUDADANIA | CARGO          | FIRMA        |
|----|----------------------------|----------------------|----------------|--------------|
| 1  | Duran Danilo Reyes I       | 1002461522           | Residente obra | Duran        |
| 2  | Luis Alejandro Varga       | 7439278              | Arx            | Luis Varga   |
| 3  | Juan Pedraza               | 91396.978            | maestro        | Juan Pedraza |
| 4  | Zamora Avela               | 9530213              | Arx            | Zamora       |
| 5  | Karen Giron                | 1059604023           | Residente sst  | Karen Giron  |
| 6  | Juan Pedro                 | 80428482             | maestro        | Juan Pedro   |
| 7  | Manuel Alejandro Salamanca | 1053537554           | Arx.           | Manuel       |
| 8  |                            |                      |                |              |
| 9  |                            |                      |                |              |
| 10 |                            |                      |                |              |
| 11 |                            |                      |                |              |
| 12 |                            |                      |                |              |
| 13 |                            |                      |                |              |
| 14 |                            |                      |                |              |
| 15 |                            |                      |                |              |
| 16 |                            |                      |                |              |
| 17 |                            |                      |                |              |
| 18 |                            |                      |                |              |
| 19 |                            |                      |                |              |
| 20 |                            |                      |                |              |
| 21 |                            |                      |                |              |
| 22 |                            |                      |                |              |
| 23 |                            |                      |                |              |
| 24 |                            |                      |                |              |
| 25 |                            |                      |                |              |

Observaciones:

**RESPONSABLE**

| NOMBRE      | DOCUMENTO  | FIRMA       |
|-------------|------------|-------------|
| Karen Giron | 1059604023 | Karen Giron |





## SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CODIGO: SST-CAS-FT-53

VERSION:001

## FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL

FECHA: 1/07/2025

Elaboro: Consultor sst

Aprobó: Representante legal

Página 1 de 1

| CIUDAD   | FRENTE DE TRABAJO | FECHA      | HORA    |
|----------|-------------------|------------|---------|
| Matanzas | Genia             | 14-02-2026 | 7:00 am |

| ACTIVIDAD REALIZADA              | TEMAS TRATADOS             |
|----------------------------------|----------------------------|
| Inducción                        | Protección de los pulmones |
| Reinducción                      |                            |
| Charla de seguridad              |                            |
| Pausa activa                     |                            |
| Reuniones de SST / Operativas    |                            |
| Seminario / Taller / Curso       |                            |
| Capacitación específica al cargo |                            |
| Otra                             |                            |

| No | NOMRES Y APELLIDOS       | CEDULA DE CIUDADANIA | CARGO          | FIRMA     |
|----|--------------------------|----------------------|----------------|-----------|
| 1  | Raimundo Peron           | 80428482             | Mdexo          | Fernando  |
| 2  | Haniel Alejandro Salamea | 1053537554           | Exa obr        |           |
| 3  | Duran Reyes              | 1002461522           | Residente Obra | Duran     |
| 4  | Karen Viviana Giron      | 1057604023           | Residente SST  | Karen     |
| 5  | Hernan Jara Padilla      | 91386970             | Mastr          | Hernan    |
| 6  | Ramiro Avila             | 9530213              | Av             | Ramiro    |
| 7  | Luis Alejandro Vega      | 7439778              | Av             | Luis Vega |
| 8  |                          |                      |                |           |
| 9  |                          |                      |                |           |
| 10 |                          |                      |                |           |
| 11 |                          |                      |                |           |
| 12 |                          |                      |                |           |
| 13 |                          |                      |                |           |
| 14 |                          |                      |                |           |
| 15 |                          |                      |                |           |
| 16 |                          |                      |                |           |
| 17 |                          |                      |                |           |
| 18 |                          |                      |                |           |
| 19 |                          |                      |                |           |
| 20 |                          |                      |                |           |
| 21 |                          |                      |                |           |
| 22 |                          |                      |                |           |
| 23 |                          |                      |                |           |
| 24 |                          |                      |                |           |
| 25 |                          |                      |                |           |

Observaciones:

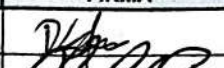
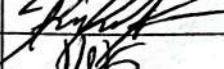
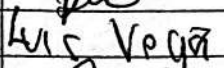
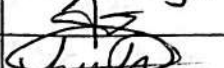
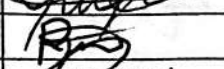
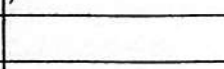
| RESPONSABLE |            |       |  |  |
|-------------|------------|-------|--|--|
| NOMBRE      | DOCUMENTO  | FIRMA |  |  |
| Karen Giron | 1057604023 |       |  |  |



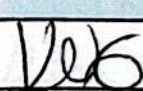
|                                                                                   |                                                           |                                    |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b> |                                    | <b>CODIGO: SST-CAS-FT-53</b> |
|                                                                                   | <b>FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL</b>                       |                                    | <b>VERSION:001</b>           |
|                                                                                   | <b>Elaboro: Consultor SST</b>                             | <b>Aprobó: Representante legal</b> | <b>FECHA: 1/07/2025</b>      |
|                                                                                   |                                                           |                                    | <b>Página 1 de 1</b>         |

|               |                          |              |             |
|---------------|--------------------------|--------------|-------------|
| <b>CIUDAD</b> | <b>FRENTE DE TRABAJO</b> | <b>FECHA</b> | <b>HORA</b> |
| Duitama       | Sero - Cedeagyn          | 16-02-2025   | 7:00 am     |

|                                  |                        |
|----------------------------------|------------------------|
| <b>ACTIVIDAD REALIZADA</b>       | <b>TEMAS TRATADOS</b>  |
| Inducción                        | Mangos de herramientas |
| Reinducción                      |                        |
| Charla de seguridad              |                        |
| Pausa activa                     |                        |
| Reuniones de SST / Operativas    |                        |
| Seminario / Taller / Curso       |                        |
| Capacitación específica al cargo |                        |
| Otra                             |                        |

| No | NOMRES Y APELLIDOS         | CEDULA DE CIUDADANIA | CARGO          | FIRMA                                                                                 |
|----|----------------------------|----------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Duvan Reyes                | 1002461522           | Residente Obra |    |
| 2  | Hernan Javier Pedraza      | 91396978             | maestro        |    |
| 3  | Karen Viviana Giron        | 1057604023           | Residente SST  |    |
| 4  | Luis Alejandra Vega        | 7439278              | Aux            | Luis Vega                                                                             |
| 5  | Mamuel Alejandro Salamanca | 1053837554           | Aux            |    |
| 6  | Isabel Johana Ortiz        | 105774403            | Aux            |   |
| 7  | Ramiro Avello              | 9530213              | Aux            |  |
| 8  | Fernando Roca              | 80428482             | maestro        |  |
| 9  |                            |                      |                |                                                                                       |
| 10 |                            |                      |                |                                                                                       |
| 11 |                            |                      |                |                                                                                       |
| 12 |                            |                      |                |                                                                                       |
| 13 |                            |                      |                |                                                                                       |
| 14 |                            |                      |                |                                                                                       |
| 15 |                            |                      |                |                                                                                       |
| 16 |                            |                      |                |                                                                                       |
| 17 |                            |                      |                |                                                                                       |
| 18 |                            |                      |                |                                                                                       |
| 19 |                            |                      |                |                                                                                       |
| 20 |                            |                      |                |                                                                                       |
| 21 |                            |                      |                |                                                                                       |
| 22 |                            |                      |                |                                                                                       |
| 23 |                            |                      |                |                                                                                       |
| 24 |                            |                      |                |                                                                                       |
| 25 |                            |                      |                |                                                                                       |

Observaciones:

| RESPONSABLE   |                  |                                                                                       |  |  |
|---------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>NOMBRE</b> | <b>DOCUMENTO</b> | <b>FIRMA</b>                                                                          |  |  |
| Karen Giron   | 1057604023       |  |  |  |



|                                                                                  |                                                           |  |                             |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|
|  | <b>SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b> |  | CODIGO: SST-CAS-FT-53       |  |
|                                                                                  | FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL                              |  | VERSION:001                 |  |
|                                                                                  | Elaboro: Consultor sst                                    |  | Aprobó: Representante legal |  |
|                                                                                  |                                                           |  | FECHA: 1/07/2025            |  |
| Página 1 de 1                                                                    |                                                           |  |                             |  |

|         |                   |                   |          |
|---------|-------------------|-------------------|----------|
| CIUDAD  | FRENTE DE TRABAJO | FECHA             | HORA     |
| Duitama | Sena              | 17 - Febrero 2026 | 7:00 am. |

|                                  |                               |
|----------------------------------|-------------------------------|
| ACTIVIDAD REALIZADA              | TEMAS TRATADOS                |
| Inducción                        | Destornilladores: Uso y abuso |
| Reinducción                      |                               |
| Charla de seguridad              |                               |
| Pausa activa                     |                               |
| Reuniones de SST / Operativas    |                               |
| Seminario / Taller / Curso       |                               |
| Capacitación específica al cargo |                               |
| Otra                             |                               |

| No | NOMRES Y APELLIDOS      | CEDULA DE CIUDADANIA | CARGO          | FIRMA |
|----|-------------------------|----------------------|----------------|-------|
| 1  | Harol Alejandro Salazar | 105382584            | At             |       |
| 2  | Duvan Danilo Reyes F.   | 1002461522           | Residente Obra |       |
| 3  | Harol Javier Pedraza    | 91396.928            | Maestro        |       |
| 4  | Harol Javier Pedraza    | 80428482             | Maestro        |       |
| 5  | KAREN VIVIANA GIRON     | 1059.604.023         | Residente sst  |       |
| 6  | Luis Alejandro Vega     | 7439278              | Aux            |       |
| 7  | Zamir Asella            | 9530213              | Aux            |       |
| 8  |                         |                      |                |       |
| 9  |                         |                      |                |       |
| 10 |                         |                      |                |       |
| 11 |                         |                      |                |       |
| 12 |                         |                      |                |       |
| 13 |                         |                      |                |       |
| 14 |                         |                      |                |       |
| 15 |                         |                      |                |       |
| 16 |                         |                      |                |       |
| 17 |                         |                      |                |       |
| 18 |                         |                      |                |       |
| 19 |                         |                      |                |       |
| 20 |                         |                      |                |       |
| 21 |                         |                      |                |       |
| 22 |                         |                      |                |       |
| 23 |                         |                      |                |       |
| 24 |                         |                      |                |       |
| 25 |                         |                      |                |       |

Observaciones:

| RESPONSABLE |            |       |  |
|-------------|------------|-------|--|
| NOMBRE      | DOCUMENTO  | FIRMA |  |
| Karen Giron | 1059604023 |       |  |





## SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CODIGO: SST-CAS-FT-53

VERSION:001

## FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL

FECHA: 1/07/2025

Elaboro: Consultor sst

Aprobó: Representante legal

Página 1 de 1

| CIUDAD  | FRENTE DE TRABAJO | FECHA      | HORA    |
|---------|-------------------|------------|---------|
| Duitama | Senca             | 18-02-2026 | 7:00 am |

| ACTIVIDAD REALIZADA              | TEMAS TRATADOS                                             |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Inducción                        | Todos debemos preocuparnos por la prevención de accidentes |
| Reinducción                      |                                                            |
| Charla de seguridad              |                                                            |
| Pausa activa                     |                                                            |
| Reuniones de SST / Operativas    |                                                            |
| Seminario / Taller / Curso       |                                                            |
| Capacitación específica al cargo |                                                            |
| Otra                             |                                                            |

| No | NOMRES Y APELLIDOS         | CEDULA DE CIUDADANIA | CARGO          | FIRMA            |
|----|----------------------------|----------------------|----------------|------------------|
| 1  | Luis Alejandro Vega        | 7439278              | Aux            | Luis Vega        |
| 2  | Javier Pedraza             | 4'396.978            | Maestro        | Javier Pedraza   |
| 3  | Duvan Reyes                | 1002461522           | Residente Obra | Duvan Reyes      |
| 4  | Karen Viviana Giron        | 1.057.604.023        | Residente sst  | Karen Giron      |
| 5  | Johana Ortiz               | 1055234703           | As             | Johana Ortiz     |
| 6  | Manuel Leon                | 80478432             | Maestro        | Manuel Leon      |
| 7  | Manuel Alejandro Salamanca | 10537554             | As             | Manuel Salamanca |
| 8  | IZAMIRO APILA              | 953023               | Aux            | IZAMIRO APILA    |
| 9  |                            |                      |                |                  |
| 10 |                            |                      |                |                  |
| 11 |                            |                      |                |                  |
| 12 |                            |                      |                |                  |
| 13 |                            |                      |                |                  |
| 14 |                            |                      |                |                  |
| 15 |                            |                      |                |                  |
| 16 |                            |                      |                |                  |
| 17 |                            |                      |                |                  |
| 18 |                            |                      |                |                  |
| 19 |                            |                      |                |                  |
| 20 |                            |                      |                |                  |
| 21 |                            |                      |                |                  |
| 22 |                            |                      |                |                  |
| 23 |                            |                      |                |                  |
| 24 |                            |                      |                |                  |
| 25 |                            |                      |                |                  |

Observaciones:

| RESPONSABLE |            |       |             |
|-------------|------------|-------|-------------|
| NOMBRE      | DOCUMENTO  | FIRMA |             |
| Karen Giron | 1057604023 |       | Karen Giron |



**SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

CODIGO: SST-CAS-FT-53

VERSION:001

**FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL**

FECHA: 1/07/2025

Elaboro: Consultor sst

Aprobó: Representante legal

Página 1 de 1

| CIUDAD                           | FRENTE DE TRABAJO      | FECHA                  | HORA           |           |
|----------------------------------|------------------------|------------------------|----------------|-----------|
| Duitama                          | Sena - Cedacigno       | 19-02-2026             | 7:00 am        |           |
| ACTIVIDAD REALIZADA              |                        | TEMAS TRATADOS         |                |           |
| Inducción                        |                        | Herramientas cortantes |                |           |
| Reinducción                      |                        |                        |                |           |
| Charla de seguridad              | X                      |                        |                |           |
| Pausa activa                     |                        |                        |                |           |
| Reuniones de SST / Operativas    |                        |                        |                |           |
| Seminario / Taller / Curso       |                        |                        |                |           |
| Capacitación específica al cargo |                        |                        |                |           |
| Otra                             |                        |                        |                |           |
| No                               | NOMRES Y APELLIDOS     | CEDULA DE CIUDADANIA   | CARGO          | FIRMA     |
| 1                                | Duvan Reyes            | 1002461522             | Residente Obra | Duvan     |
| 2                                | Manuel Alejandro Salas | 10537554               | As             | Manuel    |
| 3                                | Luis Alejandro Vega    | 7439278                | Aut            | Luis Vega |
| 4                                | Herney Javier Pedraza  | 91396.978              | M.             | Herney    |
| 5                                | Lysbeth Johana Ortiz   | 1055724103             | As             | Lysbeth   |
| 6                                | Karen Viviana Giron    | 1.057.604.023          | Residente sst  | Karen     |
| 7                                | Samir Avelino          | 4530213                | As             | Samir     |
| 8                                | Camilo Leon            | 80473482               | As             | Camilo    |
| 9                                |                        |                        |                |           |
| 10                               |                        |                        |                |           |
| 11                               |                        |                        |                |           |
| 12                               |                        |                        |                |           |
| 13                               |                        |                        |                |           |
| 14                               |                        |                        |                |           |
| 15                               |                        |                        |                |           |
| 16                               |                        |                        |                |           |
| 17                               |                        |                        |                |           |
| 18                               |                        |                        |                |           |
| 19                               |                        |                        |                |           |
| 20                               |                        |                        |                |           |
| 21                               |                        |                        |                |           |
| 22                               |                        |                        |                |           |
| 23                               |                        |                        |                |           |
| 24                               |                        |                        |                |           |
| 25                               |                        |                        |                |           |
| Observaciones:                   |                        |                        |                |           |
| RESPONSABLE                      |                        |                        |                |           |
| NOMBRE                           | DOCUMENTO              | FIRMA                  |                |           |
| Karen Giron                      | 1057604023             | Karen                  |                |           |



**SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

CODIGO: SST-CAS-FT-53

VERSION:001

**FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL**

FECHA: 1/07/2025

Elaboro: Consultor sst

Aprobó: Representante legal

Página 1 de 1

| CIUDAD  | FRENTE DE TRABAJO | FECHA           | HORA     |
|---------|-------------------|-----------------|----------|
| Quitumá | Sena              | 20 febrero 2026 | 7:00 am. |

| ACTIVIDAD REALIZADA              | TEMAS TRATADOS            |
|----------------------------------|---------------------------|
| Inducción                        | las llaves y las lesiones |
| Reinducción                      |                           |
| Charla de seguridad              |                           |
| Pausa activa                     |                           |
| Reuniones de SST / Operativas    |                           |
| Seminario / Taller / Curso       |                           |
| Capacitación específica al cargo |                           |
| Otra                             |                           |

| No | NOMRES Y APELLIDOS       | CEDULA DE CIUDADANIA | CARGO          | FIRMA     |
|----|--------------------------|----------------------|----------------|-----------|
| 1  | Rivera Pedraza           | 9'396,928            | Residente      |           |
| 2  | Duran Reyes              | 1602461522           | Residente Obra |           |
| 3  | Luis Alexandra VEGA      | 7439578              | AUT            | Luis Vega |
| 4  | Johana Ortiz             | 105274103            | As             |           |
| 5  | Jamirico ALEJIA          | 9530213              | As             |           |
| 6  | Jamirico Leon            | 80478482             | Residente      |           |
| 7  | Mamuel Alejandro Salazar | 105337554            | As             |           |
| 8  | Karen Giron              | 1.057.604.023        | Residente sst  |           |
| 9  |                          |                      |                |           |
| 10 |                          |                      |                |           |
| 11 |                          |                      |                |           |
| 12 |                          |                      |                |           |
| 13 |                          |                      |                |           |
| 14 |                          |                      |                |           |
| 15 |                          |                      |                |           |
| 16 |                          |                      |                |           |
| 17 |                          |                      |                |           |
| 18 |                          |                      |                |           |
| 19 |                          |                      |                |           |
| 20 |                          |                      |                |           |
| 21 |                          |                      |                |           |
| 22 |                          |                      |                |           |
| 23 |                          |                      |                |           |
| 24 |                          |                      |                |           |
| 25 |                          |                      |                |           |

Observaciones:

| RESPONSABLE |            |       |  |
|-------------|------------|-------|--|
| NOMBRE      | DOCUMENTO  | FIRMA |  |
| Karen Giron | 1057604023 |       |  |





## SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CODIGO: SST-CAS-FT-53

VERSION:001

## FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL

FECHA: 1/07/2025

Elaboro: Consultor sst

Aprobó: Representante legal

Página 1 de 1

| CIUDAD  | FRENTE DE TRABAJO | FECHA      | HORA     |
|---------|-------------------|------------|----------|
| Quitama | Senca             | 21-02-2026 | 7:00 am. |

| ACTIVIDAD REALIZADA              | TEMAS TRATADOS                                 |
|----------------------------------|------------------------------------------------|
| Inducción                        | ¿es la prevención de accidentes una necesidad? |
| Reinducción                      |                                                |
| Charla de seguridad              |                                                |
| Pausa activa                     |                                                |
| Reuniones de SST / Operativas    |                                                |
| Seminario / Taller / Curso       |                                                |
| Capacitación específica al cargo |                                                |
| Otra                             |                                                |

| No | NOMRES Y APELLIDOS       | CEDULA DE CIUDADANIA | CARGO          | FIRMA   |
|----|--------------------------|----------------------|----------------|---------|
| 1  | Karen Viviana Giron      | 1052604023           | Residente sst  | [Firma] |
| 2  | Manuel Alejandro Salamea | 10538254             | As             | [Firma] |
| 3  | Duvan Danilo Reyes F     | 1002461522           | Residente Obra | [Firma] |
| 4  | Hernan Javier Delacruz   | 91396.978            | maestro        | [Firma] |
| 5  | Fernando Leon            | 80428432             | Maestro        | [Firma] |
| 6  | Luis Alejandro Vega      | 7439278              | As             | [Firma] |
| 7  | IZAMTO APELLA            | 9530213              | As             | [Firma] |
| 8  |                          |                      |                |         |
| 9  |                          |                      |                |         |
| 10 |                          |                      |                |         |
| 11 |                          |                      |                |         |
| 12 |                          |                      |                |         |
| 13 |                          |                      |                |         |
| 14 |                          |                      |                |         |
| 15 |                          |                      |                |         |
| 16 |                          |                      |                |         |
| 17 |                          |                      |                |         |
| 18 |                          |                      |                |         |
| 19 |                          |                      |                |         |
| 20 |                          |                      |                |         |
| 21 |                          |                      |                |         |
| 22 |                          |                      |                |         |
| 23 |                          |                      |                |         |
| 24 |                          |                      |                |         |
| 25 |                          |                      |                |         |

Observaciones:

## RESPONSABLE

| NOMBRE      | DOCUMENTO  | FIRMA   |
|-------------|------------|---------|
| Karen Giron | 1052604023 | [Firma] |



**SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

CODIGO: SST-CAS-FT-53

VERSION:001

**FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL**

FECHA: 1/07/2025

Elaboro: Consultor sst

Aprobó: Representante legal

Página 1 de 1

| CIUDAD  | FRENTE DE TRABAJO | FECHA      | HORA     |
|---------|-------------------|------------|----------|
| QUITANA | CEDEAGRO          | 23-02-2026 | 7:00 am. |

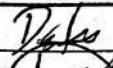
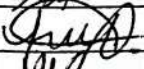
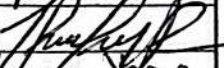
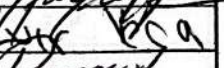
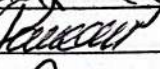
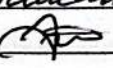
| ACTIVIDAD REALIZADA              | TEMAS TRATADOS |
|----------------------------------|----------------|
| Inducción                        | Sentido común  |
| Reinducción                      |                |
| Charla de seguridad              |                |
| Pausa activa                     |                |
| Reuniones de SST / Operativas    |                |
| Seminario / Taller / Curso       |                |
| Capacitación específica al cargo |                |
| Otra                             |                |

| No | NOMRES Y APELLIDOS         | CEDULA DE CIUDADANIA | CARGO          | FIRMA     |
|----|----------------------------|----------------------|----------------|-----------|
| 1  | Dorán Reyes                | 1002461522           | Residente Obra | Dorán     |
| 2  | Juanito Benito             | 80428478             | Maestro        | Juanito   |
| 3  | Manuel Alejandro Salamanca | 105333554            | Aux            | Manuel    |
| 4  | Herme Javier Redon         | 913461978            | maestro        | Herme     |
| 5  | Johana Ortiz               | 1055224109           | ma             | Johana    |
| 6  | IZ Amila AVELLA            | 9530213              | Aux            | IZ Amila  |
| 7  | Karen Giron                | 1055604023           | Pendiente SST  | Karen     |
| 8  | Luis Alejandro Vega        | 7439278              | Aux            | Luis Vega |
| 9  |                            |                      |                |           |
| 10 |                            |                      |                |           |
| 11 |                            |                      |                |           |
| 12 |                            |                      |                |           |
| 13 |                            |                      |                |           |
| 14 |                            |                      |                |           |
| 15 |                            |                      |                |           |
| 16 |                            |                      |                |           |
| 17 |                            |                      |                |           |
| 18 |                            |                      |                |           |
| 19 |                            |                      |                |           |
| 20 |                            |                      |                |           |
| 21 |                            |                      |                |           |
| 22 |                            |                      |                |           |
| 23 |                            |                      |                |           |
| 24 |                            |                      |                |           |
| 25 |                            |                      |                |           |

Observaciones:

| RESPONSABLE |             |           |            |       |
|-------------|-------------|-----------|------------|-------|
| NOMBRE      | KAREN GIRON | DOCUMENTO | 1055604023 | FIRMA |



|  |                            | SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO                                    |                | CODIGO: SST-CAS-FT-53                                                               |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                  |                            | FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL                                                          |                | VERSION:001                                                                         |  |
|                                                                                  |                            | Elaboro: Consultor sst                                                                |                | Aprobó: Representante legal                                                         |  |
|                                                                                  |                            |                                                                                       |                | FECHA: 1/07/2025                                                                    |  |
|                                                                                  |                            |                                                                                       |                | Página 1 de 1                                                                       |  |
| CIUDAD                                                                           | FRENTE DE TRABAJO          | FECHA                                                                                 |                | HORA                                                                                |  |
| Otilama                                                                          | ENA                        | 24-Feb-2025                                                                           |                | 7:00 am                                                                             |  |
| ACTIVIDAD REALIZADA                                                              |                            | TEMAS TRATADOS                                                                        |                |                                                                                     |  |
| Inducción                                                                        |                            | <p>El fuego nos puede quitar el Trabajo... o la vida</p>                              |                |                                                                                     |  |
| Reinducción                                                                      |                            |                                                                                       |                |                                                                                     |  |
| Charla de seguridad                                                              |                            |                                                                                       |                |                                                                                     |  |
| Pausa activa                                                                     |                            |                                                                                       |                |                                                                                     |  |
| Reuniones de SST / Operativas                                                    |                            |                                                                                       |                |                                                                                     |  |
| Seminario / Taller / Curso                                                       |                            |                                                                                       |                |                                                                                     |  |
| Capacitación específica al cargo                                                 |                            |                                                                                       |                |                                                                                     |  |
| Otra                                                                             |                            |                                                                                       |                |                                                                                     |  |
| No                                                                               | NOMRES Y APELLIDOS         | CEDULA DE CIUDADANIA                                                                  | CARGO          | FIRMA                                                                               |  |
| 1                                                                                | Duvan Reyes                | 1002461522                                                                            | Residente Obra |  |  |
| 2                                                                                | Josua Ortiz                | 105524400                                                                             | As             |  |  |
| 3                                                                                | Karen Giron                | 1057604023                                                                            | Residente sr   |  |  |
| 4                                                                                | IZAMIR AVELLA              | 0530213                                                                               | As             |  |  |
| 5                                                                                | Honores Javier Pedraza     | 91396,978                                                                             | maestro        |  |  |
| 6                                                                                | José Alejandro V           | 7439278                                                                               | AUX            |  |  |
| 7                                                                                | Juan Carlos                | 80428478                                                                              | Maestro        |  |  |
| 8                                                                                | Manel Alejandro Silamencia | 105387554                                                                             | As             |  |  |
| 9                                                                                |                            |                                                                                       |                |                                                                                     |  |
| 10                                                                               |                            |                                                                                       |                |                                                                                     |  |
| 11                                                                               |                            |                                                                                       |                |                                                                                     |  |
| 12                                                                               |                            |                                                                                       |                |                                                                                     |  |
| 13                                                                               |                            |                                                                                       |                |                                                                                     |  |
| 14                                                                               |                            |                                                                                       |                |                                                                                     |  |
| 15                                                                               |                            |                                                                                       |                |                                                                                     |  |
| 16                                                                               |                            |                                                                                       |                |                                                                                     |  |
| 17                                                                               |                            |                                                                                       |                |                                                                                     |  |
| 18                                                                               |                            |                                                                                       |                |                                                                                     |  |
| 19                                                                               |                            |                                                                                       |                |                                                                                     |  |
| 20                                                                               |                            |                                                                                       |                |                                                                                     |  |
| 21                                                                               |                            |                                                                                       |                |                                                                                     |  |
| 22                                                                               |                            |                                                                                       |                |                                                                                     |  |
| 23                                                                               |                            |                                                                                       |                |                                                                                     |  |
| 24                                                                               |                            |                                                                                       |                |                                                                                     |  |
| 25                                                                               |                            |                                                                                       |                |                                                                                     |  |
| Observaciones:                                                                   |                            |                                                                                       |                |                                                                                     |  |
| RESPONSABLE                                                                      |                            |                                                                                       |                |                                                                                     |  |
| NOMBRE                                                                           | DOCUMENTO                  | FIRMA                                                                                 |                |                                                                                     |  |
| Karen Giron                                                                      | 1057604023                 |  |                |                                                                                     |  |



|                                                                                   |                                                           |  |                             |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--|-----------------------------|------------------|
|  | <b>SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b> |  | CODIGO: SST-CAS-FT-53       |                  |
|                                                                                   | FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL                              |  | VERSION:001                 |                  |
|                                                                                   | Elaboro: Consultor sst                                    |  | Aprobó: Representante legal |                  |
|                                                                                   |                                                           |  |                             | FECHA: 1/07/2025 |
|                                                                                   |                                                           |  |                             | Página 1 de 1    |

|               |                          |              |             |
|---------------|--------------------------|--------------|-------------|
| <b>CIUDAD</b> | <b>FRENTE DE TRABAJO</b> | <b>FECHA</b> | <b>HORA</b> |
| Durán         | Sena                     | 25-02-2026   | 7:00 am     |

|                                  |                                                                |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <b>ACTIVIDAD REALIZADA</b>       | <b>TEMAS TRATADOS</b>                                          |
| Inducción                        | X En busca de las causas de los accidentes no de los culpables |
| Reinducción                      |                                                                |
| Charla de seguridad              |                                                                |
| Pausa activa                     |                                                                |
| Reuniones de SST / Operativas    |                                                                |
| Seminario / Taller / Curso       |                                                                |
| Capacitación específica al cargo |                                                                |
| Otra                             |                                                                |

| No | NOMRES Y APELLIDOS         | CEDULA DE CIUDADANIA | CARGO          | FIRMA     |
|----|----------------------------|----------------------|----------------|-----------|
| 1  | Durán Danilo               | 80428428             | Maestro        | [Firma]   |
| 2  | Durán Danilo Reyes         | 1002461522           | Residente Obra | [Firma]   |
| 3  | Reyes Danilo               | 91396.928            | Maestro        | [Firma]   |
| 4  | Manuel Alejandro Salamanca | 10533254             | Aux            | [Firma]   |
| 5  | Edelberto O. Arz           | 105524109            | Aux            | [Firma]   |
| 6  | Karen Giron                | 1057604023           | Residente Sr   | [Firma]   |
| 7  | Ilamiro Arce / m           | 9530213              | Aux            | [Firma]   |
| 8  | Luis Alejandro Vega        | 7439278              | Aux            | Luis Vega |
| 9  |                            |                      |                |           |
| 10 |                            |                      |                |           |
| 11 |                            |                      |                |           |
| 12 |                            |                      |                |           |
| 13 |                            |                      |                |           |
| 14 |                            |                      |                |           |
| 15 |                            |                      |                |           |
| 16 |                            |                      |                |           |
| 17 |                            |                      |                |           |
| 18 |                            |                      |                |           |
| 19 |                            |                      |                |           |
| 20 |                            |                      |                |           |
| 21 |                            |                      |                |           |
| 22 |                            |                      |                |           |
| 23 |                            |                      |                |           |
| 24 |                            |                      |                |           |
| 25 |                            |                      |                |           |

Observaciones:

| RESPONSABLE |            |         |  |
|-------------|------------|---------|--|
| NOMBRE      | DOCUMENTO  | FIRMA   |  |
| Karen Giron | 1057604023 | [Firma] |  |



**SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

CODIGO: SST-CAS-FT-53

VERSION:001

**FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL**

FECHA: 1/07/2025

Elaboro: Consultor sst

Aprobó: Representante legal

Página 1 de 1

| CIUDAD | FRENTE DE TRABAJO | FECHA      | HORA     |
|--------|-------------------|------------|----------|
| Durán  | Seru-Cedecigno    | 26-02-2026 | 7:00 am. |

| ACTIVIDAD REALIZADA              | TEMAS TRATADOS                          |
|----------------------------------|-----------------------------------------|
| Inducción                        | X Todas los accidentes tienen una causa |
| Reinducción                      |                                         |
| Charla de seguridad              |                                         |
| Pausa activa                     |                                         |
| Reuniones de SST / Operativas    |                                         |
| Seminario / Taller / Curso       |                                         |
| Capacitación específica al cargo |                                         |
| Otra                             |                                         |

| No | NOMRES Y APELLIDOS      | CEDULA DE CIUDADANIA | CARGO          | FIRMA                   |
|----|-------------------------|----------------------|----------------|-------------------------|
| 1  | Luis Vega               | 7439378              | Aux            | Luis Vega               |
| 2  | Karen Giron             | 1057604023           | Residente SST  | Karen Giron             |
| 3  | Duvan Danilo Reyes F.   | 1002461522           | Residente Obra | Duvan Danilo Reyes F.   |
| 4  | Hernan Javier Rodriguez | 91396.928            | Mostrador      | Hernan Javier Rodriguez |
| 5  | Romero Avelina          | 9530213              | IT-1           | Romero Avelina          |
| 6  | Josana Ortiz            | 1055734409           | Aux            | Josana Ortiz            |
| 7  | Fernando Perez          | 84528482             | Mostrador      | Fernando Perez          |
| 8  | Nicol Alejandro Salazar | 103587574            | Aux            | Nicol Alejandro Salazar |
| 9  |                         |                      |                |                         |
| 10 |                         |                      |                |                         |
| 11 |                         |                      |                |                         |
| 12 |                         |                      |                |                         |
| 13 |                         |                      |                |                         |
| 14 |                         |                      |                |                         |
| 15 |                         |                      |                |                         |
| 16 |                         |                      |                |                         |
| 17 |                         |                      |                |                         |
| 18 |                         |                      |                |                         |
| 19 |                         |                      |                |                         |
| 20 |                         |                      |                |                         |
| 21 |                         |                      |                |                         |
| 22 |                         |                      |                |                         |
| 23 |                         |                      |                |                         |
| 24 |                         |                      |                |                         |
| 25 |                         |                      |                |                         |

Observaciones:

**RESPONSABLE**

| NOMBRE      | DOCUMENTO  | FIRMA       |
|-------------|------------|-------------|
| Karen Giron | 1057604023 | Karen Giron |





## SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CODIGO: SST-CAS-FT-53

VERSION:001

## FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL

FECHA: 1/07/2025

Elaboro: Consultor sst

Aprobó: Representante legal

Página 1 de 1

| CIUDAD                           | FRENTE DE TRABAJO         | FECHA                                         | HORA           |         |
|----------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------|----------------|---------|
| Durama                           | Sera                      | 27.02.2026                                    | 7:00 am.       |         |
| ACTIVIDAD REALIZADA              |                           | TEMAS TRATADOS                                |                |         |
| Inducción                        |                           | Trabajando correctamente se evitan accidentes |                |         |
| Reinducción                      |                           |                                               |                |         |
| Charla de seguridad              | x                         |                                               |                |         |
| Pausa activa                     |                           |                                               |                |         |
| Reuniones de SST / Operativas    |                           |                                               |                |         |
| Seminario / Taller / Curso       |                           |                                               |                |         |
| Capacitación específica al cargo |                           |                                               |                |         |
| Otra                             |                           |                                               |                |         |
| No                               | NOMRES Y APELLIDOS        | CEDULA DE CIUDADANIA                          | CARGO          | FIRMA   |
| 1                                | Duvan Danilo Reyes F.     | 1002461522                                    | Residente Obra | [Firma] |
| 2                                | Hernan Jara Pedrosa       | 91396.478                                     | Muestr         | [Firma] |
| 3                                | Johana Ortiz              | 105774403                                     | As             | [Firma] |
| 4                                | Karen Giron               | 1057604023                                    | Residente sst  | [Firma] |
| 5                                | Ramiro Asella             | 9530213                                       | As             | [Firma] |
| 6                                | Nicol Alejandro Silamancu | 1053589554                                    | As             | [Firma] |
| 7                                | Samuel Cerón              | 50428482                                      | Maestro        | [Firma] |
| 8                                | Los Aguirre Vega          | 7439278                                       | As             | [Firma] |
| 9                                |                           |                                               |                |         |
| 10                               |                           |                                               |                |         |
| 11                               |                           |                                               |                |         |
| 12                               |                           |                                               |                |         |
| 13                               |                           |                                               |                |         |
| 14                               |                           |                                               |                |         |
| 15                               |                           |                                               |                |         |
| 16                               |                           |                                               |                |         |
| 17                               |                           |                                               |                |         |
| 18                               |                           |                                               |                |         |
| 19                               |                           |                                               |                |         |
| 20                               |                           |                                               |                |         |
| 21                               |                           |                                               |                |         |
| 22                               |                           |                                               |                |         |
| 23                               |                           |                                               |                |         |
| 24                               |                           |                                               |                |         |
| 25                               |                           |                                               |                |         |
| Observaciones:                   |                           |                                               |                |         |
| RESPONSABLE                      |                           |                                               |                |         |
| NOMBRE                           | DOCUMENTO                 | FIRMA                                         |                |         |
| Karen Giron                      | 1057604023                | [Firma]                                       |                |         |





## SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CODIGO: SST-CAS-FT-53

VERSION:001

## FORMATO REGISTRO ASISTENCIAL

FECHA: 1/07/2025

Elaboro: Consultor SST

Aprobó: Representante legal

Página 1 de 1

| CIUDAD                           | FRENTE DE TRABAJO         | FECHA                            | HORA           |         |
|----------------------------------|---------------------------|----------------------------------|----------------|---------|
| Durkama                          | Sera                      | 29 Febrero                       | 7:00 am.       |         |
| ACTIVIDAD REALIZADA              |                           | TEMAS TRATADOS                   |                |         |
| Inducción                        |                           | Resguardos: si se usan protegen. |                |         |
| Reinducción                      |                           |                                  |                |         |
| Charla de seguridad              |                           |                                  |                |         |
| Pausa activa                     |                           |                                  |                |         |
| Reuniones de SST / Operativas    |                           |                                  |                |         |
| Seminario / Taller / Curso       |                           |                                  |                |         |
| Capacitación específica al cargo |                           |                                  |                |         |
| Otra                             |                           |                                  |                |         |
| No                               | NOMRES Y APELLIDOS        | CEDULA DE CIUDADANIA             | CARGO          | FIRMA   |
| 1                                | Namel Alejandro Sclamauea | 1053587554                       | Aux            | [Firma] |
| 2                                | Duvan Danilo Reyes        | 1002461522                       | Residente Obra | [Firma] |
| 3                                | Xarmento Giron            | 80478482                         | Maestro        | [Firma] |
| 4                                | Hamel Jara Pedraza        | 91396.079                        | maestr         | [Firma] |
| 5                                | Luis Alejandro Vega       | 74139278                         | AUX            | [Firma] |
| 6                                | Ismael Avello             | 9530713                          | maestr         | [Firma] |
| 7                                | Karen Giron               | 1057604023                       | Residente SST  | [Firma] |
| 8                                |                           |                                  |                |         |
| 9                                |                           |                                  |                |         |
| 10                               |                           |                                  |                |         |
| 11                               |                           |                                  |                |         |
| 12                               |                           |                                  |                |         |
| 13                               |                           |                                  |                |         |
| 14                               |                           |                                  |                |         |
| 15                               |                           |                                  |                |         |
| 16                               |                           |                                  |                |         |
| 17                               |                           |                                  |                |         |
| 18                               |                           |                                  |                |         |
| 19                               |                           |                                  |                |         |
| 20                               |                           |                                  |                |         |
| 21                               |                           |                                  |                |         |
| 22                               |                           |                                  |                |         |
| 23                               |                           |                                  |                |         |
| 24                               |                           |                                  |                |         |
| 25                               |                           |                                  |                |         |
| Observaciones:                   |                           |                                  |                |         |
| RESPONSABLE                      |                           |                                  |                |         |
| NOMBRE                           | DOCUMENTO                 | FIRMA                            |                |         |
| Karen Giron                      | 1057604023                | [Firma]                          |                |         |





## PRE-OPERACIONAL DE HERRAMIENTA MENOR

Fecha:01-08-2025

UBICACIÓN Sena - CedeagnoOPERADOR Cardullo Obra CivilPROYECTO Mantenimiento  
barancaSEMANA DEL 02/02/2026 AL 07/02/2026

| ITEM                    | CONCEPTO                  | LUNES                          |   | MARTES |   | MIERC. |   | JUEVES      |   | VIERNES |   | SABADO |   | DOMINGO |   |
|-------------------------|---------------------------|--------------------------------|---|--------|---|--------|---|-------------|---|---------|---|--------|---|---------|---|
|                         |                           | B                              | M | B      | M | B      | M | B           | M | B       | M | B      | M | B       | M |
| ESTADO GENERAL          | Juego de destornilladores | ✓                              |   | X      |   | ✓      |   | ✓           |   | ✓       |   | ✓      |   |         |   |
|                         | Juego de alicates         |                                |   |        |   |        |   |             |   |         |   |        |   |         |   |
|                         | Pica                      | ✓                              |   | X      |   | ✓      |   | ✓           |   | ✓       |   | ✓      |   |         |   |
|                         | Bisturi                   | ✓                              |   | X      |   | ✓      |   | ✓           |   | ✓       |   | ✓      |   |         |   |
|                         | Pala                      | ✓                              |   | X      |   | ✓      |   | ✓           |   | ✓       |   | ✓      |   |         |   |
|                         | Prensa para terminales    |                                |   |        |   |        |   |             |   |         |   |        |   |         |   |
|                         | Equipo soldadura          |                                |   |        |   |        |   |             |   |         |   |        |   |         |   |
|                         | Juegos de llaves bristol  |                                |   |        |   |        |   |             |   |         |   |        |   |         |   |
|                         | Juego de llaves mixtas    | ✓                              |   | X      |   | ✓      |   | ✓           |   | ✓       |   | ✓      |   |         |   |
|                         | Maceta                    |                                |   |        |   |        |   |             |   |         |   |        |   |         |   |
|                         | Nivel de gota             | ✓                              |   | X      |   | ✓      |   | ✓           |   | ✓       |   | ✓      |   |         |   |
|                         | Cautin                    | ✓                              |   | X      |   | ✓      |   | ✓           |   | ✓       |   | ✓      |   |         |   |
|                         | Cinta metrica             |                                |   |        |   |        |   |             |   |         |   |        |   |         |   |
|                         | Martillo                  | ✓                              |   | X      |   | ✓      |   | ✓           |   | ✓       |   | ✓      |   |         |   |
|                         | Llave expansiva           | ✓                              |   | X      |   | ✓      |   | ✓           |   | ✓       |   | ✓      |   |         |   |
|                         | Escuadra metalica         | ✓                              |   | X      |   | ✓      |   | ✓           |   | ✓       |   | ✓      |   |         |   |
|                         | Espatula                  | ✓                              |   | X      |   | ✓      |   | ✓           |   | ✓       |   | ✓      |   |         |   |
|                         | Pulidora                  | ✓                              |   | X      |   | ✓      |   | ✓           |   | ✓       |   | ✓      |   |         |   |
|                         | Cegueta                   |                                |   |        |   |        |   |             |   |         |   |        |   |         |   |
|                         | Cinzel                    |                                |   |        |   |        |   |             |   |         |   |        |   |         |   |
|                         | Simbra                    |                                |   |        |   |        |   |             |   |         |   |        |   |         |   |
|                         | Carretilla                | ✓                              |   | +      |   | ✓      |   | ✓           |   | ✓       |   | ✓      |   |         |   |
|                         | Hombre solo               |                                |   |        |   |        |   |             |   |         |   |        |   |         |   |
|                         | Pinza                     |                                |   |        |   |        |   |             |   |         |   |        |   |         |   |
|                         | Otro:                     |                                |   |        |   |        |   |             |   |         |   |        |   |         |   |
|                         |                           |                                |   |        |   |        |   |             |   |         |   |        |   |         |   |
|                         |                           |                                |   |        |   |        |   |             |   |         |   |        |   |         |   |
| FIRMA                   | FIRMA OPERADOR            |                                |   |        |   |        |   |             |   |         |   |        |   |         |   |
|                         | VERIFICACIÓN SST          |                                |   |        |   |        |   |             |   |         |   |        |   |         |   |
| HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO |                           |                                |   |        |   |        |   |             |   |         |   |        |   |         |   |
| FECHA                   | HALLAZGO                  | ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA |   |        |   |        |   | RESPONSABLE |   | FECHA   |   |        |   |         |   |
|                         |                           |                                |   |        |   |        |   |             |   |         |   |        |   |         |   |
|                         |                           |                                |   |        |   |        |   |             |   |         |   |        |   |         |   |





## PRE-OPERACIONAL DE HERRAMIENTA MENOR

Fecha: 01-08-2025

UBICACIÓN

Sena - Dedicado

OPERADOR

Cudilla obra civil

PROYECTO

Mantenimiento baterías  
Sanitarios

SEMANA DEL

09/07/2026

AL

14/07/2026

| ITEM                    | CONCEPTO                  | LUNES                          |   | MARTES |   | MIER. |   | JUEVES |   | VIERNES     |   | SABADO |   | DOMINGO |   |
|-------------------------|---------------------------|--------------------------------|---|--------|---|-------|---|--------|---|-------------|---|--------|---|---------|---|
|                         |                           | B                              | M | B      | M | B     | M | B      | M | B           | M | B      | M | B       | M |
| ESTADO GENERAL          | Juego de destornilladores | ✓                              |   | ✓      |   | ✓     |   | ✓      |   | ✓           |   |        |   |         |   |
|                         | Juego de alicates         | ✓                              |   |        |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Pica                      | ✓                              |   |        |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Bisturi                   | ✓                              |   | ✓      |   | ✓     |   | ✓      |   | ✓           |   | ✓      |   |         |   |
|                         | Pala                      | ✓                              |   | ✓      |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Prensa para terminales    |                                |   |        |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Equipo soldadura          |                                |   |        |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Juegos de llaves bristol  |                                |   | ✓      |   | ✓     |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Juego de llaves mixtas    |                                |   |        |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Maceta                    | ✓                              |   | ✓      |   | ✓     |   | ✓      |   | ✓           |   |        |   |         |   |
|                         | Nivel de gota             | ✓                              |   |        |   |       |   | ✓      |   | ✓           |   | ✓      |   |         |   |
|                         | Cautin                    |                                |   |        |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Cinta metrica             |                                |   |        |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Martillo                  | ✓                              |   | ✓      |   | ✓     |   | ✓      |   | ✓           |   |        |   |         |   |
|                         | Llave expansiva           |                                |   |        |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Escuadra metalica         |                                |   |        |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Espatula                  | ✓                              |   |        |   |       |   |        | ✓ |             |   |        |   |         |   |
|                         | Pulidora                  | ✓                              |   | ✓      |   | ✓     |   | ✓      |   | ✓           |   | ✓      |   |         |   |
|                         | Cegueta                   |                                |   |        |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Cinzel                    |                                |   |        |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Simbra                    | ✓                              |   | ✓      |   |       |   |        | ✓ |             | ✓ |        |   |         |   |
|                         | Carretilla                | ✓                              |   | ✓      |   | ✓     |   | ✓      |   | ✓           |   | ✓      |   |         |   |
|                         | Hombre solo               | ✓                              |   |        |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Pinza                     |                                |   |        |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Otro:                     |                                |   |        |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
| FIRMA                   | FIRMA OPERADOR            |                                |   |        |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | VERIFICACIÓN SST          |                                |   |        |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
| HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO |                           |                                |   |        |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
| FECHA                   | HALLAZGO                  | ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA |   |        |   |       |   |        |   | RESPONSABLE |   | FECHA  |   |         |   |
|                         |                           |                                |   |        |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         |                           |                                |   |        |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |





## PRE-OPERACIONAL DE HERRAMIENTA MENOR

Fecha:01-08-2025

UBICACIÓN Sena - CedeagnoOPERADOR Ruadilla Obra CivilPROYECTO Mantenimiento baterias sanitarias SEMANA DEL 16-02-26 AL 21-02-26

| ITEM                    | CONCEPTO                  | LUNES                          |   | MARTES |   | MIERC. |   | JUEVES |   | VIERNES     |   | SABADO |   | DOMINGO |   |
|-------------------------|---------------------------|--------------------------------|---|--------|---|--------|---|--------|---|-------------|---|--------|---|---------|---|
|                         |                           | B                              | M | B      | M | B      | M | B      | M | B           | M | B      | M | B       | M |
| ESTADO GENERAL          | Juego de destornilladores | /                              |   | /      |   | /      |   | /      |   | /           |   | /      |   |         |   |
|                         | Juego de alicates         | /                              |   |        |   | /      |   | /      |   | /           |   | /      |   |         |   |
|                         | Pica                      | /                              |   |        |   |        |   | /      |   |             |   | /      |   |         |   |
|                         | Bisturi                   | /                              |   | /      |   | /      |   | /      |   |             |   | /      |   |         |   |
|                         | Pala                      | /                              |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Prensa para terminales    |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Equipo soldadura          |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Juegos de llaves bristol  |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Juego de llaves mixtas    |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Maceta                    | /                              |   | /      |   |        |   | /      |   | /           |   | /      |   |         |   |
|                         | Nivel de gota             |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Cautin                    |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Cinta metrica             |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Martillo                  | /                              |   | /      |   | /      |   | /      |   | /           |   | /      |   |         |   |
|                         | Llave expansiva           |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Escuadra metalica         |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Espatula                  | /                              |   | /      |   |        |   | /      |   | /           |   | /      |   |         |   |
|                         | Pulidora                  | /                              |   | /      |   | /      |   | /      |   | /           |   | /      |   |         |   |
|                         | Cegueta                   |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Cinzel                    |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Simbra                    | /                              |   | /      |   | /      |   | /      |   | /           |   | /      |   |         |   |
|                         | Carretilla                | /                              |   | /      |   | /      |   | /      |   | /           |   | /      |   |         |   |
|                         | Hombre solo               |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Pinza                     |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Otro:                     |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         |                           |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         |                           |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
| FIRMA                   | FIRMA OPERADOR            |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | VERIFICACIÓN SST          |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
| HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO |                           |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
| FECHA                   | HALLAZGO                  | ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA |   |        |   |        |   |        |   | RESPONSABLE |   | FECHA  |   |         |   |
|                         |                           |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         |                           |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |





## PRE-OPERACIONAL DE HERRAMIENTA MENOR

Fecha: 01-08-2025

UBICACIÓN

Cedregu

OPERADOR

Cuchilla Obra Civil

PROYECTO

Mto. baterías  
Sanitarias

SEMANA DEL

23-02-26

AL

28-02-26

| ITEM           | CONCEPTO                  | LUNES |   | MARTES |   | MIERC. |   | JUEVES |   | VIERNES |   | SABADO |   | DOMINGO |   |
|----------------|---------------------------|-------|---|--------|---|--------|---|--------|---|---------|---|--------|---|---------|---|
|                |                           | B     | M | B      | M | B      | M | B      | M | B       | M | B      | M | B       | M |
| ESTADO GENERAL | Juego de destornilladores | ✓     |   | ✓      |   |        |   | ✓      |   | ✓       |   | ✓      |   |         |   |
|                | Juego de alicates         | ✓     |   | ✓      |   |        |   | ✓      |   | ✓       |   | ✓      |   |         |   |
|                | Pica                      |       |   | ✓      |   | ✓      |   | ✓      |   | ✓       |   | ✓      |   |         |   |
|                | Bisturi                   |       |   | ✓      |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
|                | Pala                      | ✓     |   | ✓      |   | ✓      |   | ✓      |   |         |   | ✓      |   |         |   |
|                | Prensa para terminales    |       |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
|                | Equipo soldadura          |       |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
|                | Juegos de llaves bristol  |       |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
|                | Juego de llaves mixtas    |       |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
|                | Maceta                    | ✓     |   | ✓      |   | ✓      |   | ✓      |   | ✓       |   | ✓      |   |         |   |
|                | Nivel de gota             |       |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
|                | Cautin                    |       |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
|                | Cinta metrica             |       |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
|                | Martillo                  |       |   | ✓      |   | ✓      |   | ✓      |   | ✓       |   | ✓      |   |         |   |
|                | Llave expansiva           | ✓     |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
|                | Escuadra metalica         |       |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
|                | Espatula                  | ✓     |   |        |   |        |   | ✓      |   |         |   | ✓      |   |         |   |
|                | Pulidora                  |       |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
|                | Cegueta                   |       |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
|                | Cinzel                    |       |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
|                | Simbra                    |       |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
|                | Carretilla                | ✓     |   | ✓      |   | ✓      |   | ✓      |   | ✓       |   | ✓      |   |         |   |
|                | Hombre solo               |       |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
|                | Pinza                     |       |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
|                | Otro:                     |       |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
|                |                           |       |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
|                |                           |       |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
| FIRMA          | FIRMA OPERADOR            |       |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
|                | VERIFICACIÓN SST          |       |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |

## HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

| FECHA | HALLAZGO | ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA | RESPONSABLE | FECHA |
|-------|----------|--------------------------------|-------------|-------|
|       |          |                                |             |       |
|       |          |                                |             |       |



| SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO                                     |                   |                                     |                |                                     |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  |                                     |  | CODIGO: SST-CSS-FT-41                 |  |                                                                                                              |  |                                     |  |                                     |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------|--|---------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| FORMATO PERMISO DE TRABAJO                                                             |                   |                                     |                |                                     |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  |                                     |  | VERSION: 001                          |  |                                                                                                              |  |                                     |  |                                     |  |
| Elaboro: Consultor sst                                                                 |                   |                                     |                |                                     | Aprobó: Representante legal |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  |                                     |  | FECHA: 1/07/2025                      |  |                                                                                                              |  |                                     |  |                                     |  |
| Página 1 de 2                                                                          |                   |                                     |                |                                     |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |                                     |  |
| CENTRO DE TRABAJO                                                                      | AREA/ LUGAR       | FECHA DE INICIO                     | HORA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN               | HORA FINAL                  | TIPO DE TRABAJO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | RUTINARIO                                        | RESPONSABLE                         |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |                                     |  |
| Duitama                                                                                | zona - pedagógico | 02-02-26                            | 7:00 am        | 02-02-26                            | 5:00 pm                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NO RUTINARIO <input checked="" type="checkbox"/> | Javier Pedraza                      |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |                                     |  |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD                                                            |                   | Mantenimiento baterías sanitarias   |                |                                     |                             | ¿ALTIMA APROXIMADA DE LA ACTIVIDAD? (m/s) N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                  |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |                                     |  |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR                                                      |                   | Herramienta menor                   |                |                                     |                             | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                                  |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |                                     |  |
| TRABAJADORES AUTORIZADOS                                                               |                   |                                     |                |                                     |                             | REQUERIMIENTO DE APTITUD                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                  |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |                                     |  |
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION                                             |                   |                                     |                | CARGO                               |                             | Óptimas condiciones de salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                  | Seguridad social vigente            |  | ¿Están calificados para la actividad? |  | Si trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentran aptos para su uso |  | Firma                               |  |                                     |  |
|                                                                                        |                   |                                     |                |                                     |                             | SI NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                  | SI NO                               |  | SI NO                                 |  | SI NO                                                                                                        |  |                                     |  |                                     |  |
| 1. Narel Alejandro Salamanca                                                           |                   |                                     |                | Ay.                                 |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |                                     |  |                                     |  |
| 2. Duván Danilo Reyes F.                                                               |                   |                                     |                | Residente Obra                      |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |                                     |  |                                     |  |
| 3. Isabel Johana Ortiz                                                                 |                   |                                     |                | Aux Ob                              |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |                                     |  |                                     |  |
| 4. Armes Javier Pedraza                                                                |                   |                                     |                | Manti                               |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |                                     |  |                                     |  |
| 5. Tony Alejandro Vega                                                                 |                   |                                     |                | Ar                                  |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |                                     |  |                                     |  |
| 6. CARMELO GON                                                                         |                   |                                     |                | Manti                               |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |                                     |  |                                     |  |
| 7. Karen GON                                                                           |                   |                                     |                | Residente                           |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |                                     |  |                                     |  |
| 8. RUMINO AVELLA                                                                       |                   |                                     |                | Ay                                  |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |                                     |  |                                     |  |
| 9.                                                                                     |                   |                                     |                |                                     |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |                                     |  |
| 10.                                                                                    |                   |                                     |                |                                     |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |                                     |  |
| 11.                                                                                    |                   |                                     |                |                                     |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |                                     |  |
| 12.                                                                                    |                   |                                     |                |                                     |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |                                     |  |
| 13.                                                                                    |                   |                                     |                |                                     |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |                                     |  |
| 14.                                                                                    |                   |                                     |                |                                     |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |                                     |  |
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                            |                   |                                     |                |                                     |                             | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ( seleccione según corresponda )                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                  |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |                                     |  |
| SI                                                                                     |                   | NO                                  |                | SI                                  |                             | NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                  | SI                                  |  | NO                                    |  | SI                                                                                                           |  | NO                                  |  |                                     |  |
| Guantes de soldador                                                                    |                   | <input checked="" type="checkbox"/> |                | Monogafas                           |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  | Golpe por objeto en movimiento      |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | Atrapamiento del cuerpo                                                                                      |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |                                     |  |
| Protección facial                                                                      |                   | <input checked="" type="checkbox"/> |                | Mortera                             |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  | Golpeado por carga suspendida       |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | Proyección de partículas                                                                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |                                     |  |
| Botas de seguridad                                                                     |                   | <input checked="" type="checkbox"/> |                | Overol                              |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  | Golpeado contra objeto o estructura |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | Explosión                                                                                                    |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |                                     |  |
| Guantes nitrilo                                                                        |                   | <input checked="" type="checkbox"/> |                | Casco                               |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  | Caída al mismo nivel                |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | Intoxicación                                                                                                 |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |                                     |  |
| Gafas de seguridad                                                                     |                   | <input checked="" type="checkbox"/> |                | Mascarilla media cara               |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  | Contacto con energía eléctrica      |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | Contactos de sustancias tóxicas                                                                              |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |                                     |  |
| Guantes vaqueta                                                                        |                   | <input checked="" type="checkbox"/> |                | Filtros                             |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |                                     |  |
| A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGÚN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |                   |                                     |                |                                     |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |                                     |  |
| TRABAJO EN ALTURAS                                                                     |                   |                                     |                |                                     |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |                                     |  |
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN                                                                  |                   | SI                                  |                | NO                                  |                             | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  | SISTEMA DE ACCESO                   |  | SI                                    |  | NO                                                                                                           |  | N/A                                 |  |                                     |  |
| Delimitación del área                                                                  |                   | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  | Andamios                            |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |                                     |  |
| Ayudante de seguridad                                                                  |                   | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  | Escalera                            |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |                                     |  |
| Verificación de puntos de anclaje                                                      |                   | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  | Elevador                            |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |                                     |  |
| Señalización del área                                                                  |                   | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  | Grúa con canasta                    |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |                                     |  |
| Línea de advertencia                                                                   |                   | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO        |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |                                     |  |
| Trabajo en suspensión                                                                  |                   | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Control de acceso                                                                      |                   | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Barandas                                                                               |                   | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  | Posicionamiento                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |                                     |  |
| ¿Otros? ¿Cuáles?                                                                       |                   | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  | Restricción                         |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |                                     |  |
|                                                                                        |                   | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  | Detención                           |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |                                     |  |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                     |                                     |                                                                                                             |                                                                                  |                                     |                                                                       |                                     |                                     |                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                     | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                                   |                                                                                  |                                     | SI                                                                    | NO                                  | N/A                                 |                                     |
| Seleccione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SI                                  | NO                                  |                                                                                                             |                                                                                  |                                     |                                                                       |                                     |                                     |                                     |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                            |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                                     |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                                 |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                                     |
| Gorro tipo arabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y están en buen estado                                        |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                                     |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Acceso al área fue restringido                                                                              |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                                     |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                        |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                                     |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | La maquinaria amarilla cuenta con las condiciones aptas para la ejecución                                   |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |                                     | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                     |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                                     |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                     | IZAJE DE CARGAS                                                                                             |                                                                                  |                                     | BLOQUEO ENERGÍAS PELIGROSAS                                           |                                     |                                     |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI                                  | NO                                  |                                                                                                             | SI                                                                               | NO                                  |                                                                       | SI                                  | NO                                  | N/A                                 |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente están libre y/o aisladas de sustancias?                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a movilizar? | <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/>            | Autorización de oficial de bloqueo                                    | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                              | <input type="checkbox"/>                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | Corte visible de las fuentes de energías                              | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Cuenta con extintor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Los certificados de operador y aparejador están acorde a la capacidad del equipo a operar?                 | <input type="checkbox"/>                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energía | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                    | <input type="checkbox"/>                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                     | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                              | <input type="checkbox"/>                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | Área señalizada y aislada                                             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra (ventos)?                                                        | <input type="checkbox"/>                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | Se tienen identificados los riesgos de la labor                       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                     | SUSTANCIAS QUÍMICAS                                                                                         |                                                                                  |                                     |                                                                       |                                     |                                     |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI                                  | NO                                  | N/A                                                                                                         |                                                                                  | SI                                  | NO                                                                    | N/A                                 |                                     |                                     |
| ¿El área de trabajo al inicio y final está limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                                                                    | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                         | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |
| Los abajo firmantes confirman que el área de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente. |                                     |                                     |                                                                                                             |                                                                                  |                                     |                                                                       |                                     |                                     |                                     |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                     |                                                                                                             |                                                                                  |                                     |                                                                       |                                     |                                     |                                     |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NOMBRE Y APELLIDO                   |                                     |                                                                                                             | CEDULA                                                                           | FIRMA DE APERTURA                   |                                                                       | FIRMA DE CIERRE                     |                                     |                                     |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Duván Reyes                         |                                     |                                                                                                             | 1002 461 522                                                                     |                                     |                                                                       |                                     |                                     |                                     |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Hermes Javier Pedraza               |                                     |                                                                                                             | 91396.973                                                                        |                                     |                                                                       |                                     |                                     |                                     |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Karen Giron                         |                                     |                                                                                                             | 1059.604.023                                                                     |                                     |                                                                       |                                     |                                     |                                     |





## SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CODIGO: SST-CSS-PT-41

VERSION:001

## FORMATO PERMISO DE TRABAJO

FECHA: 1/07/2023

Elaboró: Consultor SST

Aprobó: Representante legal

Página 1 de 2

|                                   |                                   |                 |                |                       |            |                                            |                                                         |                |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------|----------------|-----------------------|------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------|--|--|--|--|--|
| CENTRO DE TRABAJO                 | AREA/ LUGAR                       | FECHA DE INICIO | HORA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN | HORA FINAL | TIPO DE TRABAJO                            | RUTINARIO                                               | RESPONSABLE    |  |  |  |  |  |
| Dutima - Bay                      | Gená                              | 03-02-26        | 7:00 am        | 03-02-2026            | 5:00 pm    |                                            | NO RUTINARIO X                                          | Javier Pedraza |  |  |  |  |  |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD       | Mantenimiento baterías sanitarias |                 |                |                       |            | ¿ALTIMA APROXIMADA DE LA ACTIVIDAD? (mts)  |                                                         | N/A            |  |  |  |  |  |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR | Herramienta menor                 |                 |                |                       |            | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO?    | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                |  |  |  |  |  |
|                                   |                                   |                 |                |                       |            | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                |  |  |  |  |  |
|                                   |                                   |                 |                |                       |            | ¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL?        | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                |  |  |  |  |  |

## TRABAJADORES AUTORIZADOS

## REQUERIMIENTO DE APTITUD

| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION | CARGO          | Óptimas condiciones de salud |    | Seguridad social vigente |    | ¿Están calificados para la actividad? |    | El trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentran aptos para su uso |    | Firma |
|--------------------------------------------|----------------|------------------------------|----|--------------------------|----|---------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|
|                                            |                | SI                           | NO | SI                       | NO | SI                                    | NO | SI                                                                                                           | NO |       |
| 1. Alejandro Salamanca                     | Ay. da         | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    |       |
| 2. Duval Danilo Reyes F.                   | Residente Obra |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |       |
| 3. Karen Viviana Giron                     | Residente SST  |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |       |
| 4. Herme Javier Pedraza                    | Montr          | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    |       |
| 5. Luis Alejandro Vera                     | Ay             | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    |       |
| 6. José Johana Ortiz                       | Ax             | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    |       |
| 7. Ramonico Ben                            | Aux            | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    |       |
| 8. Izamiro Aylla                           | Ax             | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    |       |
| 9.                                         |                |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |       |
| 10.                                        |                |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |       |
| 11.                                        |                |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |       |
| 12.                                        |                |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |       |
| 13.                                        |                |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |       |
| 14.                                        |                |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |       |

## ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS

## IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS (seleccione según corresponda)

|                     | SI | NO |                       | SI | NO |
|---------------------|----|----|-----------------------|----|----|
| Guantes de soldador |    |    | Monogafas             |    |    |
| Protección facial   |    |    | Montera               |    |    |
| Botas de seguridad  |    |    | Overol                |    |    |
| Guantes nitrilo     |    |    | Casco                 |    |    |
| Gafas de seguridad  |    |    | Mascarilla media cara |    |    |
| Guantes vaqueta     |    |    | Filtros               |    |    |

|                                     |  |                                 |  |
|-------------------------------------|--|---------------------------------|--|
| Golpe por objeto en movimiento      |  | Atrapamiento del cuerpo         |  |
| Golpeado por carga suspendida       |  | Proyección de partículas        |  |
| Golpeado contra objeto o estructura |  | Explosión                       |  |
| Caida al mismo nivel                |  | Intoxicación                    |  |
| Contacto con energía eléctrica      |  | Contactos de sustancias tóxicas |  |

## A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGUN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

## TRABAJO EN ALTURAS

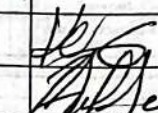
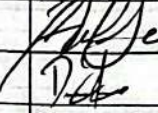
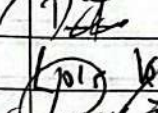
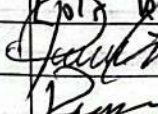
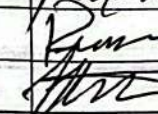
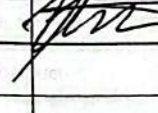
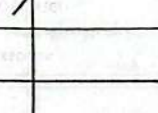
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN             | SI | NO | N/A | SISTEMA DE ACCESO            | SI | NO | N/A | Control Trabajo en Alturas                                                                  | SI | NO | N/A |
|-----------------------------------|----|----|-----|------------------------------|----|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----|
| Delimitación del área             |    |    |     | Andamios                     |    |    |     | ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre? |    |    |     |
| Ayudante de seguridad             |    |    |     | Escalera                     |    |    |     | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas u objetos de trabajo?                       |    |    |     |
| Verificación de puntos de anclaje |    |    |     | Elevador                     |    |    |     | ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?        |    |    |     |
| Señalización del área             |    |    |     | Grúa con canasta             |    |    |     | ¿Las escaleras y pasarelas cuentan con barandas y rodapiés?                                 |    |    |     |
| Línea de advertencia              |    |    |     | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO |    |    |     | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas?                             |    |    |     |
| Trabajo en suspensión             |    |    |     |                              |    |    |     | ¿Cuenta con los epps requeridos?                                                            |    |    |     |
| Control de acceso                 |    |    |     | Posicionamiento              |    |    |     | ¿Se realizó inspección de EPCC?                                                             |    |    |     |
| Barandas                          |    |    |     | Restricción                  |    |    |     | ¿Se verificó competencias de los trabajadores?                                              |    |    |     |
| ¿Otros? ¿Cuales?                  |    |    |     | Detención                    |    |    |     | ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                                       |    |    |     |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                       |    |                                                                                                             |               |                     |                                                                       |                 |                                                                                  |     |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----|--|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |    | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                                   |               |                     | SI                                                                    | NO              | N/A                                                                              |     |  |
| Selección                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | SI                    | NO | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                            |               |                     | ✓                                                                     |                 |                                                                                  |     |  |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ✓                     |    | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                                 |               |                     | ✓                                                                     |                 |                                                                                  |     |  |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ✓                     |    | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y están en buen estado                                        |               |                     | ✓                                                                     |                 |                                                                                  |     |  |
| Gorro tipo arabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       | ✓  | Acceso al área fue restringido                                                                              |               |                     | ✓                                                                     |                 |                                                                                  |     |  |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ✓                     |    | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                        |               |                     | ✓                                                                     |                 |                                                                                  |     |  |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ✓                     |    | La maquinaria amerita cuentas con las condiciones aptas para la ejecución                                   |               |                     | ✓                                                                     |                 |                                                                                  |     |  |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ✓                     |    | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                     |               |                     | ✓                                                                     |                 |                                                                                  |     |  |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |    | IZAJE DE CARGAS                                                                                             |               |                     | BLOQUEO ENERGÍAS PELIGROSAS                                           |                 |                                                                                  |     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SI                    | NO |                                                                                                             | SI            | NO                  |                                                                       | SI              | NO                                                                               | N/A |  |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente están libre de sustancias peligrosas?                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ✓                     |    | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a movilizar? |               |                     | AutORIZACIÓN de oficial de bloqueo                                    |                 |                                                                                  |     |  |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       | ✓  | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                              |               | ✓                   | Corta visible de las fuentes de energías                              |                 |                                                                                  |     |  |
| ¿Cuenta con extintor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |    | ¿Los certificados de operador y aparejador están acorde a la capacidad del equipo a operar?                 |               |                     | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energía |                 |                                                                                  | ✓   |  |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       | ✓  | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                    |               | ✓                   | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                     |                 |                                                                                  |     |  |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |    | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                              |               |                     | Área señalizada y aislada                                             |                 |                                                                                  |     |  |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |    | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra (vientos)?                                                       |               |                     | Se tienen identificados los riesgos de la labor                       |                 |                                                                                  |     |  |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |    |                                                                                                             |               | SUSTANCIAS QUÍMICAS |                                                                       |                 |                                                                                  |     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SI                    | NO | N/A                                                                                                         |               | SI                  | NO                                                                    | N/A             |                                                                                  |     |  |
| ¿El área de trabajo al inicio y final está limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |    |                                                                                                             | ✓             |                     |                                                                       |                 | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? | ✓   |  |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                           |                       |    |                                                                                                             |               |                     | ✓                                                                     |                 | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                | ✓   |  |
| Los abajo firmantes confirman que el área de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en esta permitencia, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente. |                       |    |                                                                                                             |               |                     |                                                                       |                 |                                                                                  |     |  |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |    |                                                                                                             |               |                     |                                                                       |                 |                                                                                  |     |  |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | NOMBRE Y APELLIDO     |    |                                                                                                             | CEDULA        | FIRMA DE APERTURA   |                                                                       | FIRMA DE CIERRE |                                                                                  |     |  |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Duván Reyes           |    |                                                                                                             | 1002 461 522  | [Firma]             |                                                                       | [Firma]         |                                                                                  |     |  |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Hermes JAMES ADELGAZO |    |                                                                                                             | 9'396.973     | [Firma]             |                                                                       | [Firma]         |                                                                                  |     |  |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Karen Giron           |    |                                                                                                             | 1.053.604.023 | [Firma]             |                                                                       | [Firma]         |                                                                                  |     |  |



| CENTRO DE TRABAJO                 | AREA/ LUGAR | FECHA DE INICIO | HORA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN | HORA FINAL | TIPO DE TRABAJO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ROUTINARIO      | RESPONSABLE  |
|-----------------------------------|-------------|-----------------|----------------|-----------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------|
| Quilama                           | Sena        | 04.02.26        | 7:00am         | 04.02.26              | 5:00pm     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NO ROUTINARIO X | Jenny Pelozo |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD       |             |                 |                |                       |            | ¿ALTIMETRIA APROXIMADA DE LA ACTIVIDAD? (mts) <span style="float: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></span><br>¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO? <span style="float: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></span><br>¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO? <span style="float: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></span><br>¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL? <span style="float: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></span> |                 |              |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR |             |                 |                |                       |            | Herramienta menor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                 |              |

| TRABAJADORES AUTORIZADOS                   |  |  |  | REQUERIMIENTO DE APTITUD |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |                                                                                     |
|--------------------------------------------|--|--|--|--------------------------|------------------------------|----|--------------------------|----|---------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION |  |  |  | CARGO                    | Óptimas condiciones de salud |    | Seguridad social vigente |    | ¿Están calificados para la actividad? |    | El trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentran aptos para su uso |    | Firma                                                                               |
|                                            |  |  |  |                          | SI                           | NO | SI                       | NO | SI                                    | NO | SI                                                                                                           | NO |                                                                                     |
| 1. Karen Viviana Giron                     |  |  |  | Residente ST             | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    |  |
| 2. Manuel Alejandro Salamea                |  |  |  | Arx Obra                 | ✓                            |    | ✓                        |    | ✓                                     |    | ✓                                                                                                            |    |  |
| 3. Duval Danilo Reyes F.                   |  |  |  | Residente Obra           | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    |  |
| 4. Luis Alejandro Vera                     |  |  |  | Arx                      | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    |  |
| 5. Ramon Giron                             |  |  |  | Arx                      | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    |  |
| 6. Zamen Avellan                           |  |  |  | Arx                      | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    |  |
| 7. José Juan Ortiz M.                      |  |  |  | Arx                      | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    |  |
| 9.                                         |  |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| 10.                                        |  |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| 11.                                        |  |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| 12.                                        |  |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| 13.                                        |  |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| 14.                                        |  |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |                                                                                     |

| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS |    |    |                       |    |    | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ( seleccione según corresponda )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------|----|----|-----------------------|----|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
|                                             | SI | NO |                       | SI | NO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |
| Guantes de soldador                         |    | ✓  | Monogafas             |    | ✓  | <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;">Golpe por objeto en movimiento</div> <div style="width: 50%;">Atrapamiento del cuerpo</div> <div style="width: 50%;">Golpeado por carga suspendida</div> <div style="width: 50%;">Proyección de partículas</div> <div style="width: 50%;">Golpeado contra objeto o estructura</div> <div style="width: 50%;">Explosión</div> <div style="width: 50%;">Caida al mismo nivel</div> <div style="width: 50%;">Intoxicación</div> <div style="width: 50%;">Contacto con energía eléctrica</div> <div style="width: 50%;">Contactos de sustancias toxicas</div> </div> |  |  |  |  |  |
| Protección facial                           | ✓  |    | Montera               | ✓  |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |
| Botas de seguridad                          | ✓  |    | Overol                | ✓  |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |
| Guantes nitrilo                             | ✓  |    | Casco                 | ✓  |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |
| Garfas de seguridad                         | ✓  |    | Mascarilla media cara | ✓  |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |
| Guantes vaqueta                             | ✓  |    | Filtros               | ✓  |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |

| A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGÚN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |    |    |     |                              |    |    |     |                                                                                             |    |    |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----|------------------------------|----|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----|
| TRABAJO EN ALTURAS                                                                     |    |    |     |                              |    |    |     |                                                                                             |    |    |     |
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN                                                                  | SI | NO | N/A | SISTEMA DE ACCESO            | SI | NO | N/A | Control Trabajo en Alturas                                                                  | SI | NO | N/A |
| Delimitación del area                                                                  |    |    |     | Andamios                     |    |    |     | ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre? |    |    |     |
| Ayudante de seguridad                                                                  |    |    |     | Escalera                     |    |    |     | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas u objetos de trabajo?                       |    |    |     |
| Verificación de puntos de anclaje                                                      |    |    |     | Elevador                     |    |    |     | ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?        |    |    |     |
| Señalización del area                                                                  |    |    |     | Grúa con canasta             |    |    |     | ¿Las escaleras y pasarelas cuentan con barandas y rodapiés?                                 |    |    |     |
| Lineas de advertencia                                                                  |    |    |     | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO |    |    |     | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas?                             |    |    |     |
| Trabajo en suspensión                                                                  |    |    |     |                              |    |    |     | ¿Cuenta con los epps requeridos?                                                            |    |    |     |
| Control de acceso                                                                      |    |    |     | Posicionamiento              |    |    |     | ¿Se realizó inspección de EPCC?                                                             |    |    |     |
| Barandas                                                                               |    |    |     | Restricción                  |    |    |     | ¿Se verificó competencias de los trabajadores?                                              |    |    |     |
| ¿Otros? ¿Cuales ?                                                                      |    |    |     | Detención                    |    |    |     | ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                                       |    |    |     |



## DEMOLICION

| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                      |     | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                               |    |                   | SI                                                                               | NO | N/A |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| Seleccione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SI                   | NO  |                                                                                                         |    |                   |                                                                                  |    |     |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      | /   | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                        |    |                   |                                                                                  |    |     |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      | /   | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                             |    |                   |                                                                                  |    |     |
| Gorro tipo arabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      | /   | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y están en buen estado                                    |    |                   |                                                                                  |    |     |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      | /   | Acceso al área fue restringido                                                                          |    |                   |                                                                                  |    |     |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | /                    |     | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                    |    |                   |                                                                                  |    |     |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |     | La maquinaria amarilla cuenta con las condiciones aptas para la ejecución                               |    |                   |                                                                                  |    |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                      |     | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                 |    |                   |                                                                                  |    |     |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |     | IZAJE DE CARGAS                                                                                         |    |                   | BLOQUEO ENERGÍAS PELIGROSAS                                                      |    |     |
| SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | NO                   |     | SI                                                                                                      | NO |                   | SI                                                                               | NO | N/A |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente están libre y/o aisladas de sustancias?                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      | /   | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a mover? |    | /                 | Autorización de oficial de bloqueo                                               |    |     |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | /                    |     | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                          | /  |                   | Corte visible de las fuentes de energías                                         |    | /   |
| ¿Cuenta con extintor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | /                    |     | ¿Los certificados de operador y aparejador están acorde a la capacidad del equipo a operar?             | /  |                   | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energía            |    | /   |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | /                    |     | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                | /  |                   | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                                |    | /   |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | /                    |     | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                          | /  |                   | Área señalizada y aislada                                                        |    | /   |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | /                    |     | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra (vientos)?                                                   | /  |                   | Se tienen identificados los riesgos de la labor                                  |    | /   |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |     | SUSTANCIAS QUÍMICAS                                                                                     |    |                   |                                                                                  |    |     |
| SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | NO                   | N/A | SI                                                                                                      | NO | N/A               | SI                                                                               | NO | N/A |
| ¿El área de trabajo al inicio y final está limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |     | /                                                                                                       |    |                   | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? |    |     |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |     | /                                                                                                       |    |                   | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                |    |     |
| Los abajo firmantes confirman que el área de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente. |                      |     |                                                                                                         |    |                   |                                                                                  |    |     |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |     |                                                                                                         |    |                   |                                                                                  |    |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                      |     |                                                                                                         |    |                   |                                                                                  |    |     |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NOMBRE Y APELLIDO    |     | CEDULA                                                                                                  |    | FIRMA DE APERTURA | FIRMA DE CIERRE                                                                  |    |     |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Duvan Reyes          |     | 1002461522                                                                                              |    |                   |                                                                                  |    |     |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Hermes Jara Orellana |     | 91396.978                                                                                               |    |                   |                                                                                  |    |     |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Karen Giron          |     | 1.057.604.023                                                                                           |    |                   |                                                                                  |    |     |





## SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

COOIGO: SST-CSS-FT-01

VERSION: 001

## FORMATO PERMISO DE TRABAJO

FECHA: 1/07/2023

Elaboro: Consultor SST

Aprobó: Representante legal

Página 1 de 2

|                                   |                                   |                 |                |                       |            |                                                                                                               |           |                |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------|----------------|-----------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------|
| CENTRO DE TRABAJO                 | AREA/ LUGAR                       | FECHA DE INICIO | HORA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN | HORA FINAL | TIPO DE TRABAJO                                                                                               | RUTINARIO | RESPONSABLE    |
| Durama                            | Sena                              | 05-02-26        | 7:00am         | 05-02-26              | 5:00 pm    | NO RUTINARIO                                                                                                  | X         | Javier Pedraza |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD       | Mantenimiento baterías sanitarias |                 |                |                       |            | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>    |           |                |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR | Herramienta menor                 |                 |                |                       |            | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |           |                |
|                                   |                                   |                 |                |                       |            | ¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>        |           |                |

## TRABAJADORES AUTORIZADOS

## REQUERIMIENTO DE APTITUD

| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION | CARGO          | Óptimas condiciones de salud |    | Seguridad social vigente |    | ¿Están calificados para la actividad? |    | El trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentran aptos para su uso |    | Firma   |
|--------------------------------------------|----------------|------------------------------|----|--------------------------|----|---------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|
|                                            |                | SI                           | NO | SI                       | NO | SI                                    | NO | SI                                                                                                           | NO |         |
| 1. Duvan Reyes                             | Residente Obra | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | [Firma] |
| 2. Manuel Alejandro Salamanca              | Aux. Obra      | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | [Firma] |
| 3. Luis Alejandro Vega                     | Ay             | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | [Firma] |
| 4. Heimer Javier Pedraza                   | Maestro        | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | [Firma] |
| 5. Karen Giron                             | Residente      | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | [Firma] |
| 6. Jasmene Giron                           | Maestro        | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | [Firma] |
| 7. Ramiro Avella                           | Ay             | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | [Firma] |
| 8.                                         |                |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |         |
| 9.                                         |                |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |         |
| 10.                                        |                |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |         |
| 11.                                        |                |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |         |
| 12.                                        |                |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |         |
| 13.                                        |                |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |         |
| 14.                                        |                |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |         |

## ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS

## IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ( seleccione según corresponda )

|                     | SI                                  | NO                                  |                       | SI | NO                                  |
|---------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----|-------------------------------------|
| Guantes de soldador |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Monogafas             |    | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Protección facial   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Montera               |    | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Botas de seguridad  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | Overol                |    | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Guantes nitrilo     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | Casco                 |    | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Gafas de seguridad  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | Mascarilla media cara |    | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Guantes vaqueta     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | Filtros               |    | <input checked="" type="checkbox"/> |

|                                     |                                     |                                 |  |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|--|
| Golpe por objeto en movimiento      |                                     | Atrapamiento del cuerpo         |  |
| Golpeado por carga suspendida       |                                     | Proyección de partículas        |  |
| Golpeado contra objeto o estructura |                                     | Exposición                      |  |
| Caída al mismo nivel                | <input checked="" type="checkbox"/> | Intoxicación                    |  |
| Contacto con energía eléctrica      |                                     | Contactos de sustancias tóxicas |  |

## A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGÚN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

## TRABAJO EN ALTURAS

| MEDIDAS DE PREVENCIÓN             | SI | NO | N/A | SISTEMA DE ACCESO            | SI | NO | N/A | Control Trabajo en Alturas                                                                  | SI | NO | N/A |
|-----------------------------------|----|----|-----|------------------------------|----|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----|
| Delimitación del área             |    |    |     | Andamios                     |    |    |     | ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre? |    |    |     |
| Ayudante de seguridad             |    |    |     | Escalera                     |    |    |     | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas u objetos de trabajo?                       |    |    |     |
| Verificación de puntos de anclaje |    |    |     | Elevador                     |    |    |     | ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?        |    |    |     |
| Señalización del área             |    |    |     | Grúa con canasta             |    |    |     | ¿Las escaleras y pasarelas cuentan con barandas y rodapiés?                                 |    |    |     |
| Línea de advertencia              |    |    |     | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO |    |    |     | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas?                             |    |    |     |
| Trabajo en suspensión             |    |    |     |                              |    |    |     | ¿Cuenta con los epps requeridos?                                                            |    |    |     |
| Control de acceso                 |    |    |     | Posicionamiento              |    |    |     | ¿Se realizó inspección de EPCC?                                                             |    |    |     |
| Barandas                          |    |    |     | Restricción                  |    |    |     | ¿Se verificó competencias de los trabajadores?                                              |    |    |     |
| ¿Otros? ¿Cuales?                  |    |    |     | Detención                    |    |    |     | ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                                       |    |    |     |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |    |                                                                                                             |               |                     |                                                                       |                 |                                                                                  |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |    | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                                   |               |                     | SI                                                                    | NO              | N/A                                                                              |     |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SI                    | NO | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                            |               |                     | ✓                                                                     |                 |                                                                                  |     |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ✓                     |    | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                                 |               |                     | ✓                                                                     |                 |                                                                                  |     |
| Gorro tipo arabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                       | ✓  | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y estan en buen estado                                        |               |                     | ✓                                                                     |                 |                                                                                  |     |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ✓                     |    | Acceso al area fue restringido                                                                              |               |                     | ✓                                                                     |                 |                                                                                  |     |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ✓                     |    | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                        |               |                     | ✓                                                                     |                 |                                                                                  |     |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ✓                     |    | La maquinaria amarilla cuenta con las condiciones aptas para la ejecución                                   |               |                     | ✓                                                                     |                 |                                                                                  |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |    | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                     |               |                     | ✓                                                                     |                 |                                                                                  |     |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       |    | IZAJE DE CARGAS                                                                                             |               |                     | BLOQUEO ENERGIAS PELIGROSAS                                           |                 |                                                                                  |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI                    | NO |                                                                                                             | SI            | NO                  |                                                                       | SI              | NO                                                                               | N/A |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente estan libre de sustancias?                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |    | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a movilizar? |               |                     | Autorización de oficial de bloqueo                                    |                 |                                                                                  |     |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       | ✓  | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                              |               | ✓                   | Corte visible de las fuentes de energias                              |                 |                                                                                  | ✓   |
| ¿Cuenta con extintor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |    | ¿Los certificados de operador y aparejador estan acorde a la capacidad del equipo a operar?                 |               | ✓                   | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energia |                 |                                                                                  | ✓   |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       | ✓  | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                    |               | ✓                   | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                     |                 |                                                                                  | ✓   |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       |    | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                              |               | ✓                   | Area señalizada y aislada                                             |                 |                                                                                  |     |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                       |    | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra (vientos)?                                                       |               |                     | Se tienen identificados los riesgos de la labor                       |                 |                                                                                  |     |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |    |                                                                                                             |               | SUSTANCIAS QUIMICAS |                                                                       |                 |                                                                                  |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI                    | NO | N/A                                                                                                         |               | SI                  | NO                                                                    | N/A             |                                                                                  |     |
| ¿El área de trabajo al inicio y final esta limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |    |                                                                                                             | ✓             |                     |                                                                       |                 | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? | ✓   |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                       |                       |    |                                                                                                             |               |                     |                                                                       |                 | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                | ✓   |
| Los abajo firmantes confirman que el area de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente. |                       |    |                                                                                                             |               |                     |                                                                       |                 |                                                                                  |     |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |    |                                                                                                             |               |                     |                                                                       |                 |                                                                                  |     |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NOMBRE Y APELLIDO     |    |                                                                                                             | CEDULA        | FIRMA DE APERTURA   |                                                                       | FIRMA DE CIERRE |                                                                                  |     |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Ducán Reyes           |    |                                                                                                             | 1002 461 522  | [Firma]             |                                                                       | [Firma]         |                                                                                  |     |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Hermes Javier Pedraza |    |                                                                                                             | 9'396.928     | [Firma]             |                                                                       | [Firma]         |                                                                                  |     |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Karen Giron           |    |                                                                                                             | 1.059.604.023 | [Firma]             |                                                                       | [Firma]         |                                                                                  |     |





## SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CODIGO: SST-CSS-FT-01

VERSION: 001

## FORMATO PERMISO DE TRABAJO

FECHA: 1/07/2025

Elaboró: Consultor SST

Aprobó: Representante legal

Página 1 de 2

|                                   |                                   |                 |                |                       |            |                                            |                                                                    |                |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------|----------------|-----------------------|------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------|--|--|--|--|--|
| CENTRO DE TRABAJO                 | AREA/ LUGAR                       | FECHA DE INICIO | HORA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN | HORA FINAL | TIPO DE TRABAJO                            | RUTINARIO                                                          | RESPONSABLE    |  |  |  |  |  |
| Datam                             | Sena                              | 06-02-26        | 7:00am         | 06-07-26              | 5:00pm     | NO RUTINARIO                               | X                                                                  | Juanel Padraza |  |  |  |  |  |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD       | Mantenimiento baterías sanitarias |                 |                |                       |            | ¿ALTIMA APROXIMADA DE LA ACTIVIDAD? (mts)  | N/A                                                                |                |  |  |  |  |  |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR | Herramienta menor.                |                 |                |                       |            | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO?    | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                |  |  |  |  |  |
|                                   |                                   |                 |                |                       |            | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO? | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                |  |  |  |  |  |
|                                   |                                   |                 |                |                       |            | ¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL?        | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                |  |  |  |  |  |

| TRABAJADORES AUTORIZADOS                   |  |  |  | REQUERIMIENTO DE APTITUD |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              | Firma |           |
|--------------------------------------------|--|--|--|--------------------------|------------------------------|----|--------------------------|----|---------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------|
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION |  |  |  | CARGO                    | Óptimas condiciones de salud |    | Seguridad social vigente |    | ¿Están calificados para la actividad? |    | El trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentran aptos para su uso |       |           |
|                                            |  |  |  |                          | SI                           | NO | SI                       | NO | SI                                    | NO | SI                                                                                                           |       | NO        |
| 1. Luis Alejandro Vega                     |  |  |  | Auxiliar                 | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       | Luis Vega |
| 2. Manuel Alejandro Salameca               |  |  |  | Aux Obra                 | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       | Manuel    |
| 3. Ramiro Anella                           |  |  |  | Aux                      | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       | Ramiro    |
| 4. Duval Reyes                             |  |  |  | Residente Obra           | ✓                            |    | ✓                        |    | ✓                                     |    | ✓                                                                                                            |       | Duval     |
| 5. Hernan Javier Padraza                   |  |  |  | Maestro                  | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       | Hernan    |
| 6. Angel Juan Ortiz Ahumada                |  |  |  | Aux                      | ✓                            |    | ✓                        |    | ✓                                     |    | ✓                                                                                                            |       | Angel     |
| 7. Jarmenia Leon                           |  |  |  | Maestro                  | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       | Jarmenia  |
| 8. Karen Guan                              |  |  |  | Residente                | ✓                            |    | ✓                        |    | ✓                                     |    | ✓                                                                                                            |       | Karen     |
| 9.                                         |  |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |           |
| 10.                                        |  |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |           |
| 11.                                        |  |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |           |
| 12.                                        |  |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |           |
| 13.                                        |  |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |           |
| 14.                                        |  |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |           |

| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS |  |                                     |  |                                     |  | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ( seleccione según corresponda ) |  |                                     |  |                                     |  |
|---------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|-------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| SI                                          |  | NO                                  |  | SI                                  |  | SI                                                          |  | NO                                  |  | SI                                  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>         |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/>                         |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Guantes de soldador                         |  | Monogafas                           |  | Golpe por objeto en movimiento      |  | Atrapamiento del cuerpo                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>         |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | Golpeado por carga suspendida       |  | Proyección de partículas                                    |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>         |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | Casco                               |  | Golpeado contra objeto o estructura                         |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>         |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | Mascarilla media cara               |  | Caída al mismo nivel                                        |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>         |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | Filtros                             |  | Contacto con energía eléctrica                              |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>         |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | Contactos de sustancias tóxicas                             |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |

A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGUN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

| TRABAJO EN ALTURAS                  |    |     |                              |    |     |                                                                                             |    |     |                                                                       |    |     |
|-------------------------------------|----|-----|------------------------------|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|-----------------------------------------------------------------------|----|-----|
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN               |    |     | SISTEMA DE ACCESO            |    |     | Control Trabajo en Alturas                                                                  |    |     | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO                                          |    |     |
| SI                                  | NO | N/A | SI                           | NO | N/A | SI                                                                                          | NO | N/A | SI                                                                    | NO | N/A |
| <input checked="" type="checkbox"/> |    |     | Andamios                     |    |     | ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre? |    |     | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas u objetos de trabajo? |    |     |
| <input checked="" type="checkbox"/> |    |     | Escalera                     |    |     | ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?        |    |     | ¿Las escaleras y pasarelas cuentan con barandas y rodapiés?           |    |     |
| <input checked="" type="checkbox"/> |    |     | Elevador                     |    |     | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas?                             |    |     | ¿Cuenta con los epps requeridos?                                      |    |     |
| <input checked="" type="checkbox"/> |    |     | Grúa con canasta             |    |     | ¿Se realizó inspección de EPCC?                                                             |    |     | ¿Se verificó competencias de los trabajadores?                        |    |     |
| <input checked="" type="checkbox"/> |    |     | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO |    |     | ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                                       |    |     |                                                                       |    |     |
| <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |                              |    |     |                                                                                             |    |     |                                                                       |    |     |
| <input checked="" type="checkbox"/> |    |     | Posicionamiento              |    |     |                                                                                             |    |     |                                                                       |    |     |
| <input checked="" type="checkbox"/> |    |     | Restricción                  |    |     |                                                                                             |    |     |                                                                       |    |     |
| <input checked="" type="checkbox"/> |    |     | Detención                    |    |     |                                                                                             |    |     |                                                                       |    |     |
| <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |                              |    |     |                                                                                             |    |     |                                                                       |    |     |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                     |                                     |                                                                                                             |                                     |                          |                                                                                  |                                     |                                     |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                     | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                                   |                                     |                          | SI                                                                               | NO                                  | N/A                                 |                          |
| Seleccione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SI                                  | NO                                  | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                            |                                     |                          | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                          |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                                 |                                     |                          | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                          |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y están en buen estado                                        |                                     |                          | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                          |
| Gorro tipo arabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | Acceso al área fue restringido                                                                              |                                     |                          | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                          |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                        |                                     |                          | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                          |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | La maquinaria amarilla cuenta con las condiciones aptas para la ejecución                                   |                                     |                          | <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                     |                                     |                          | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                          |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                     | IZAJE DE CARGAS                                                                                             |                                     |                          | BLOQUEO ENERGIAS PELIGROSAS                                                      |                                     |                                     |                          |
| SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | NO                                  |                                     | SI                                                                                                          | NO                                  |                          | SI                                                                               | NO                                  | N/A                                 |                          |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente están libre de sustancias peligrosas?                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a movilizar? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autorización de oficial de bloqueo                                               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Corte visible de las fuentes de energías                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| ¿Cuenta con extintor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | ¿Los certificados de operador y aparejador están acorde a la capacidad del equipo a operar?                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energía            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Área señalizada y aislada                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra (vientos)?                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Se tienen identificados los riesgos de la labor                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                     |                                                                                                             |                                     |                          | SUSTANCIAS QUIMICAS                                                              |                                     |                                     |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |                                     | SI                                                                                                          | NO                                  | N/A                      |                                                                                  |                                     |                                     |                          |
| ¿El área de trabajo al inicio y final está limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                         | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? |                                     |                                     |                          |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                         | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                |                                     |                                     |                          |
| Los abajo firmantes confirman que el área de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente. |                                     |                                     |                                                                                                             |                                     |                          |                                                                                  |                                     |                                     |                          |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                     |                                                                                                             |                                     |                          |                                                                                  |                                     |                                     |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |                                     |                                                                                                             |                                     |                          |                                                                                  |                                     |                                     |                          |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     | NOMBRE Y APELLIDO                   |                                                                                                             | CEDULA                              |                          | FIRMA DE APERTURA                                                                |                                     | FIRMA DE CIERRE                     |                          |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     | Duvan Reyes                         |                                                                                                             | 1002 461 522                        |                          |                                                                                  |                                     |                                     |                          |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                     | Hirmer Janner Raza                  |                                                                                                             | 9396.978                            |                          |                                                                                  |                                     |                                     |                          |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     | Karen Giron                         |                                                                                                             | 1.057601.073                        |                          |                                                                                  |                                     |                                     |                          |





## FORMATO PERMISO DE TRABAJO

FECHA: 1/07/2025

Elaboro: Consultor sst

Aprobó: Representante legal

Página 1 de 2

|                                   |                                   |                 |                |                       |            |                                              |                                                                    |                |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------|----------------|-----------------------|------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------|
| CENTRO DE TRABAJO                 | AREA/ LUGAR                       | FECHA DE INICIO | HORA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN | HORA FINAL | TIPO DE TRABAJO                              | RUTINARIO                                                          | RESPONSABLE    |
| Dutama                            | Sena                              | 07-02-26        | 7:00 am        | 07-02-26              | 12:00 PM   |                                              | NO RUTINARIO                                                       | Javier Pedraza |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD       | Mantenimiento baterías sanitarias |                 |                |                       |            | ¿ALTIMETRO APROXIMADO DE LA ACTIVIDAD? (mts) |                                                                    | N/A            |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR | Herramienta nuevo                 |                 |                |                       |            | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO?      | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                |
|                                   |                                   |                 |                |                       |            | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO?   | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                |
|                                   |                                   |                 |                |                       |            | ¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL?          | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                |

| TRABAJADORES AUTORIZADOS                   |  |  |  | REQUERIMIENTO DE APTITUD |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |       |
|--------------------------------------------|--|--|--|--------------------------|------------------------------|----|--------------------------|----|---------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION |  |  |  | CARGO                    | Óptimas condiciones de salud |    | Seguridad social vigente |    | ¿Están calificados para la actividad? |    | El trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentran aptos para su uso |    | Firma |
|                                            |  |  |  |                          | SI                           | NO | SI                       | NO | SI                                    | NO | SI                                                                                                           | NO |       |
| 1. Homes Jover Pedraza                     |  |  |  | Maestro                  | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    |       |
| 2. Duvón Reyes                             |  |  |  | Residente Obra           | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    |       |
| 3. Lisbet Johana Ortiz Alvarez             |  |  |  | Asa                      | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    |       |
| 4. Karen Giron                             |  |  |  | Residente SST            | ✓                            |    | ✓                        |    | ✓                                     |    | ✓                                                                                                            |    |       |
| 5. Yaniel Alejandro Salameiro              |  |  |  | Asa                      | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    |       |
| 6. Ramiro Avella                           |  |  |  | Asa                      | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    |       |
| 7. Darmaio Bean                            |  |  |  | Maestro                  | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    |       |
| 8.                                         |  |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |       |
| 9.                                         |  |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |       |
| 10.                                        |  |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |       |
| 11.                                        |  |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |       |
| 12.                                        |  |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |       |
| 13.                                        |  |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |       |
| 14.                                        |  |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |       |

| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS |  |    |    |                       |  | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ( seleccione según corresponda ) |    |                                     |   |                                 |  |
|---------------------------------------------|--|----|----|-----------------------|--|-------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------|---|---------------------------------|--|
|                                             |  | SI | NO |                       |  | SI                                                          | NO |                                     |   |                                 |  |
| Guantes de soldador                         |  |    | ✓  | Monogafas             |  | ✓                                                           |    | Golpe por objeto en movimiento      |   | Atrapamiento del cuerpo         |  |
| Protección facial                           |  | ✓  |    | Montera               |  | ✓                                                           |    | Golpeado por carga suspendida       |   | Proyección de partículas        |  |
| Botas de seguridad                          |  | ✓  |    | Overol                |  | ✓                                                           |    | Golpeado contra objeto o estructura |   | Explosión                       |  |
| Guantes nitrilo                             |  | ✓  |    | Casco                 |  | ✓                                                           |    | Caida al mismo nivel                | ✓ | Intoxicación                    |  |
| Gafas de seguridad                          |  | ✓  |    | Mascarilla media cara |  | ✓                                                           |    | Contacto con energía eléctrica      |   | Contactos de sustancias tóxicas |  |
| Guantes vaqueta                             |  | ✓  |    | Filtros               |  | ✓                                                           |    |                                     |   |                                 |  |

| A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGÚN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |    |    |     |                              |    |    |     |                                                                                             |    |    |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----|------------------------------|----|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----|
| TRABAJO EN ALTURAS                                                                     |    |    |     |                              |    |    |     |                                                                                             |    |    |     |
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN                                                                  | SI | NO | N/A | SISTEMA DE ACCESO            | SI | NO | N/A | Control Trabajo en Alturas                                                                  | SI | NO | N/A |
| Delimitación del área                                                                  |    |    |     | Andamios                     |    |    |     | ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre? |    |    |     |
| Ayudante de seguridad                                                                  |    |    |     | Escalera                     |    |    |     | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas u objetos de trabajo?                       |    |    |     |
| Verificación de puntos de anclaje                                                      |    |    |     | Elevador                     |    |    |     | ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?        |    |    |     |
| Señalización del área                                                                  |    |    |     | Grúa con canasta             |    |    |     | ¿Las escaleras y pasarelas cuentan con barandas y rodapiés?                                 |    |    |     |
| Línea de advertencia                                                                   |    |    |     | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO |    |    |     | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas?                             |    |    |     |
| Trabajo en suspensión                                                                  |    |    |     |                              |    |    |     | ¿Cuenta con los epps requeridos?                                                            |    |    |     |
| Control de acceso                                                                      |    |    |     | Posicionamiento              |    |    |     | ¿Se realizó inspección de EPCC?                                                             |    |    |     |
| Barandas                                                                               |    |    |     | Restricción                  |    |    |     | ¿Se verificó competencias de los trabajadores?                                              |    |    |     |
| ¿Otros? ¿Cuales?                                                                       |    |    |     | Detención                    |    |    |     | ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                                       |    |    |     |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |    |                                                                                                             |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |    | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                                   |                                                                                  |                     | SI                                                                    | NO  | N/A |     |
| Seleccione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SI                    | NO |                                                                                                             |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | /                     |    | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                            |                                                                                  |                     | /                                                                     |     |     |     |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | /                     |    | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                                 |                                                                                  |                     | /                                                                     |     |     |     |
| Gorro tipo arabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | /                     | /  | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y estan en buen estado                                        |                                                                                  |                     | /                                                                     |     |     |     |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | /                     |    | Acceso al area fue restringido                                                                              |                                                                                  |                     | /                                                                     |     |     |     |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | /                     |    | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                        |                                                                                  |                     | /                                                                     |     |     |     |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | /                     |    | La maquinaria amarilla cuenta con las condiciones aptas para la ejecución                                   |                                                                                  |                     | /                                                                     | /   |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |    | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                     |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       |    | IZAJE DE CARGAS                                                                                             |                                                                                  |                     | BLOQUEO ENERGIAS PELIGROSAS                                           |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI                    | NO |                                                                                                             | SI                                                                               | NO                  |                                                                       | SI  | NO  | N/A |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente estan libre de sustancias?                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |    | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a movilizar? |                                                                                  |                     | Autorización de oficial de bloqueo                                    |     |     |     |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       | /  | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                              |                                                                                  | /                   | Corte visible de las fuentes de energías                              |     |     | /   |
| ¿Cuenta con extintor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |    | ¿Los certificados de operador y aparejador estan acorde a la capacidad del equipo a operar?                 |                                                                                  |                     | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energia |     |     |     |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |    | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                    |                                                                                  | /                   | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                     |     | /   |     |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | /                     |    | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                              |                                                                                  |                     | Area señalizada y aislada                                             |     |     |     |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                       |    | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra(vientos)?                                                        |                                                                                  |                     | Se tienen identificados los riesgos de la labor                       |     |     |     |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |    |                                                                                                             |                                                                                  | SUSTANCIAS QUIMICAS |                                                                       |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI                    | NO | N/A                                                                                                         |                                                                                  | SI                  | NO                                                                    | N/A |     |     |
| ¿El área de trabajo al inicio y final esta limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | /                     |    |                                                                                                             | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? |                     |                                                                       | /   |     |     |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                       |                       |    | /                                                                                                           | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas                 |                     |                                                                       | /   |     |     |
| Los abajo firmantes confirman que el area de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente. |                       |    |                                                                                                             |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |    |                                                                                                             |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NOMBRE Y APELLIDO     |    |                                                                                                             | CEDULA                                                                           | FIRMA DE APERTURA   | FIRMA DE CIERRE                                                       |     |     |     |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Duvan Reyes           |    |                                                                                                             | 100.2461.522                                                                     | <i>[Firma]</i>      | <i>[Firma]</i>                                                        |     |     |     |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Hermes Javier Padrona |    |                                                                                                             | 91396.928                                                                        | <i>[Firma]</i>      | <i>[Firma]</i>                                                        |     |     |     |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Karen Giron           |    |                                                                                                             | 1.057.609.023                                                                    | <i>[Firma]</i>      | <i>[Firma]</i>                                                        |     |     |     |



| SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO                                          |                                     | CODIGO: SST-CSS-PT-41                                       |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| FORMATO PERMISO DE TRABAJO                                                                  |                                     | VERSION: 001                                                |                                     |
| Elaboro: Consultor SST                                                                      |                                     | Aprobó: Representante legal                                 |                                     |
|                                                                                             |                                     | FECHA: 1/07/2025                                            |                                     |
|                                                                                             |                                     | Página 1 de 2                                               |                                     |
| CENTRO DE TRABAJO                                                                           | AREA/ LUGAR                         | FECHA DE INICIO                                             | HORA DE INICIO                      |
| Dutoma                                                                                      | Orfaleagro                          | 09-02-26                                                    | 7:00                                |
| FECHA DE FINALIZACIÓN                                                                       | HORA FINAL                          | TIPO DE TRABAJO                                             |                                     |
| 09.02.26                                                                                    | 5:00 PM                             | RUTINARIO                                                   |                                     |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD                                                                 |                                     | RESPONSABLE                                                 |                                     |
| Mantenimiento bitenas sanitarias                                                            |                                     | Javier Padraza                                              |                                     |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR                                                           |                                     | ¿ALTIMETRO APROXIMADO DE LA ACTIVIDAD? (mts)                |                                     |
| Herramienta manual                                                                          |                                     | N/A                                                         |                                     |
|                                                                                             |                                     | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO?                     |                                     |
|                                                                                             |                                     | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>     |                                     |
|                                                                                             |                                     | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO?                  |                                     |
|                                                                                             |                                     | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>     |                                     |
|                                                                                             |                                     | ¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL?                         |                                     |
|                                                                                             |                                     | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>     |                                     |
| TRABAJADORES AUTORIZADOS                                                                    |                                     | REQUERIMIENTO DE APTITUD                                    |                                     |
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION                                                  | CARGO                               | Óptimas condiciones de salud                                | Seguridad social vigente            |
|                                                                                             |                                     | SI NO                                                       | SI NO                               |
| 1. Johana Ortiz                                                                             | As. Oco                             | <input checked="" type="checkbox"/>                         | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Manuel Alejandro Salame                                                                  | As                                  | <input checked="" type="checkbox"/>                         | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Luis Alejandro Vega                                                                      | As                                  | <input checked="" type="checkbox"/>                         | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. Darmino Ceron                                                                            | Man                                 | <input checked="" type="checkbox"/>                         | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. Karen Giron                                                                              | Residente                           | <input checked="" type="checkbox"/>                         | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. Javier Padraza                                                                           | Man                                 | <input checked="" type="checkbox"/>                         | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7. Zamir Arilla                                                                             | As                                  | <input checked="" type="checkbox"/>                         | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8. Duán Reyes                                                                               | Residente                           | <input checked="" type="checkbox"/>                         | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9.                                                                                          |                                     |                                                             |                                     |
| 10.                                                                                         |                                     |                                                             |                                     |
| 11.                                                                                         |                                     |                                                             |                                     |
| 12.                                                                                         |                                     |                                                             |                                     |
| 13.                                                                                         |                                     |                                                             |                                     |
| 14.                                                                                         |                                     |                                                             |                                     |
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                 |                                     | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ( seleccione según corresponda ) |                                     |
| Guantes de soldador                                                                         | SI NO                               | Monogafas                                                   | SI NO                               |
| Protección facial                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | Montera                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Botas de seguridad                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | Overol                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Guantes nitrilo                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | Casco                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Gafas de seguridad                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | Mascarilla media cara                                       | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Guantes vaqueta                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | Filtros                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
|                                                                                             |                                     | Golpe por objeto en movimiento                              |                                     |
|                                                                                             |                                     | Golpeado por carga suspendida                               |                                     |
|                                                                                             |                                     | Golpeado contra objeto o estructura                         |                                     |
|                                                                                             |                                     | Calda al mismo nivel                                        |                                     |
|                                                                                             |                                     | Contacto con energía eléctrica                              |                                     |
|                                                                                             |                                     | Atrapamiento del cuerpo                                     |                                     |
|                                                                                             |                                     | Proyección de partículas                                    |                                     |
|                                                                                             |                                     | Explosión                                                   |                                     |
|                                                                                             |                                     | Intoxicación                                                |                                     |
|                                                                                             |                                     | Contactos de sustancias tóxicas                             |                                     |
| A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGÚN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR      |                                     |                                                             |                                     |
| TRABAJO EN ALTURAS                                                                          |                                     |                                                             |                                     |
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN                                                                       | SI                                  | NO                                                          | N/A                                 |
| Delimitación del área                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>                         | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ayudante de seguridad                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>                         | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Verificación de puntos de anclaje                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>                         | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Señalización del área                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>                         | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Línea de advertencia                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>                         | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Trabajo en suspensión                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>                         | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Control de acceso                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>                         | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Barandas                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>                         | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Otros? ¿Cuales?                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>                         | <input checked="" type="checkbox"/> |
| SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO                                                                |                                     |                                                             |                                     |
| Andamios                                                                                    |                                     |                                                             |                                     |
| Escalera                                                                                    |                                     |                                                             |                                     |
| Elevador                                                                                    |                                     |                                                             |                                     |
| Grúa con canasta                                                                            |                                     |                                                             |                                     |
| Control Trabajo en Alturas                                                                  |                                     |                                                             |                                     |
| ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre? |                                     |                                                             |                                     |
| ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas u objetos de trabajo?                       |                                     |                                                             |                                     |
| ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?        |                                     |                                                             |                                     |
| ¿Las escaleras y pasarelas cuentan con barandas y rodapiés?                                 |                                     |                                                             |                                     |
| ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas?                             |                                     |                                                             |                                     |
| ¿Cuenta con los epps requeridos?                                                            |                                     |                                                             |                                     |
| ¿Se realizó inspección de EPCC?                                                             |                                     |                                                             |                                     |
| ¿Se verificó competencias de los trabajadores?                                              |                                     |                                                             |                                     |
| ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                                       |                                     |                                                             |                                     |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                      |                                                                                                             |               |                                                                                  |                                                                       |    |                 |  |     |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----|-----------------|--|-----|--|--|--|--|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                      | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                                   |               |                                                                                  | SI                                                                    | NO | N/A             |  |     |  |  |  |  |
| Seleccione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                      |                                                                                                             |               |                                                                                  |                                                                       |    |                 |  |     |  |  |  |  |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                      | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                            |               |                                                                                  |                                                                       |    |                 |  |     |  |  |  |  |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                      | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                                 |               |                                                                                  |                                                                       |    |                 |  |     |  |  |  |  |
| Gorro tipo arabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                      | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y estan en buen estado                                        |               |                                                                                  |                                                                       |    |                 |  |     |  |  |  |  |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                      | Acceso al area fue restringido                                                                              |               |                                                                                  |                                                                       |    |                 |  |     |  |  |  |  |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                      | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                        |               |                                                                                  |                                                                       |    |                 |  |     |  |  |  |  |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                      | La maquinaria amarra cuentas con las condiciones aptas para la ejecución                                    |               |                                                                                  |                                                                       |    |                 |  |     |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                      | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                     |               |                                                                                  |                                                                       |    |                 |  |     |  |  |  |  |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                      | IZAJE DE CARGAS                                                                                             |               |                                                                                  | BLOQUEO ENERGIAS PELIGROSAS                                           |    |                 |  |     |  |  |  |  |
| SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                      | NO                                                                                                          |               |                                                                                  | SI                                                                    | NO | N/A             |  |     |  |  |  |  |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente estan libre y/o aisladas de sustancias?                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                      | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a movilizar? |               |                                                                                  | Autorización de oficial de bloqueo                                    |    |                 |  |     |  |  |  |  |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                      | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                              |               |                                                                                  | Corte visible de las fuentes de energias                              |    |                 |  |     |  |  |  |  |
| ¿Cuenta con extintor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                      | ¿Los certificados de operador y aparejador estan acorde a la capacidad del equipo a operar?                 |               |                                                                                  | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energia |    |                 |  |     |  |  |  |  |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                      | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                    |               |                                                                                  | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                     |    |                 |  |     |  |  |  |  |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                      | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                              |               |                                                                                  | Area señalizada y aislada                                             |    |                 |  |     |  |  |  |  |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                      | ¿Se cuenta con cable guia para la maniobra(ventos)?                                                         |               |                                                                                  | Se tienen identificados los riesgos de la labor                       |    |                 |  |     |  |  |  |  |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                      |                                                                                                             |               | SUSTANCIAS QUIMICAS                                                              |                                                                       |    |                 |  |     |  |  |  |  |
| SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                      |                                                                                                             |               | NO                                                                               |                                                                       |    |                 |  | N/A |  |  |  |  |
| ¿El área de trabajo al inicio y final esta limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                      |                                                                                                             |               | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? |                                                                       |    |                 |  |     |  |  |  |  |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                      |                                                                                                             |               | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                |                                                                       |    |                 |  |     |  |  |  |  |
| <p>Los abajo firmantes confirman que el area de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en esta permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente.</p> |  |                      |                                                                                                             |               |                                                                                  |                                                                       |    |                 |  |     |  |  |  |  |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                      |                                                                                                             |               |                                                                                  |                                                                       |    |                 |  |     |  |  |  |  |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | NOMBRE Y APELLIDO    |                                                                                                             | CEDULA        |                                                                                  | FIRMA DE APERTURA                                                     |    | FIRMA DE CIERRE |  |     |  |  |  |  |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Dionisio Reyes       |                                                                                                             | 1002467522    |                                                                                  | [Firma]                                                               |    | [Firma]         |  |     |  |  |  |  |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Armenis para Pedraza |                                                                                                             | 9'396979      |                                                                                  | [Firma]                                                               |    | [Firma]         |  |     |  |  |  |  |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Karen Girón          |                                                                                                             | 1.059.604-023 |                                                                                  | [Firma]                                                               |    | [Firma]         |  |     |  |  |  |  |



| SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO                                     |             |                                     |                |                       |                              |                                               |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       | CODIGO: SST-CSS-FT-01 |                                                                                                              |    |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|----------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|
| FORMATO PERMISO DE TRABAJO                                                             |             |                                     |                |                       |                              |                                               |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       | VERSION: 001          |                                                                                                              |    |         |
| Elabora: Consultor SST                                                                 |             |                                     |                |                       |                              |                                               |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       | FECHA: 1/07/2025      |                                                                                                              |    |         |
| Aprobó: Representante legal                                                            |             |                                     |                |                       |                              |                                               |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       | Página 1 de 2         |                                                                                                              |    |         |
| CENTRO DE TRABAJO                                                                      | AREA/ LUGAR | FECHA DE INICIO                     | HORA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN | HORA FINAL                   | TIPO DE TRABAJO                               | RUTINARIO                                        | RESPONSABLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                       |                       |                                                                                                              |    |         |
| Durama                                                                                 | pedregno    | 02.26                               | 7:00 am        | 02.26                 | 5:00 pm                      |                                               | NO RUTINARIO <input checked="" type="checkbox"/> | Javier Pedraza                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                       |                       |                                                                                                              |    |         |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD                                                            |             |                                     |                |                       |                              | ¿ALTIMETRIA APROXIMADA DE LA ACTIVIDAD? (mts) |                                                  | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                       |                       |                                                                                                              |    |         |
| Mantenimiento baterías sanitarias                                                      |             |                                     |                |                       |                              | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO?       |                                                  | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                       |                       |                                                                                                              |    |         |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR                                                      |             |                                     |                |                       |                              | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO?    |                                                  | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                       |                       |                                                                                                              |    |         |
| Herramienta menor                                                                      |             |                                     |                |                       |                              | ¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL?           |                                                  | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                       |                       |                                                                                                              |    |         |
| TRABAJADORES AUTORIZADOS                                                               |             |                                     |                |                       | REQUERIMIENTO DE APTITUD     |                                               |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                       |                                                                                                              |    |         |
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION                                             |             |                                     |                | CARGO                 | Óptimas condiciones de salud |                                               | Seguridad social vigente                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ¿Están calificados para la actividad? |                       | El trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentran aptos para su uso |    | Firma   |
|                                                                                        |             |                                     |                |                       | SI                           | NO                                            | SI                                               | NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SI                                    | NO                    | SI                                                                                                           | NO |         |
| 1. Karen Giron                                                                         |             |                                     |                | Pendiente SST         | -                            | -                                             | -                                                | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | -                                     | -                     | -                                                                                                            | -  | [Firma] |
| 2. Manuel Alvaro Salamanca                                                             |             |                                     |                | Ans                   | X                            | -                                             | X                                                | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | X                                     | -                     | X                                                                                                            | -  | [Firma] |
| 3. Duval Rey                                                                           |             |                                     |                | Residente 0           | X                            | -                                             | ✓                                                | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | X                                     | -                     | X                                                                                                            | -  | [Firma] |
| 4. Horacio Javier Pedraza                                                              |             |                                     |                | Maestro               | X                            | -                                             | -                                                | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | X                                     | -                     | X                                                                                                            | -  | [Firma] |
| 5. Luis Alejandro Vago                                                                 |             |                                     |                | Ans                   | -                            | -                                             | -                                                | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | -                                     | -                     | -                                                                                                            | -  | [Firma] |
| 6. Damián Giron                                                                        |             |                                     |                | North                 | X                            | -                                             | X                                                | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | X                                     | -                     | X                                                                                                            | -  | [Firma] |
| 7. [Firma]                                                                             |             |                                     |                | [Firma]               | X                            | -                                             | -                                                | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | -                                     | -                     | X                                                                                                            | -  | [Firma] |
| 8. Izamiro Avila                                                                       |             |                                     |                | [Firma]               | -                            | -                                             | -                                                | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | -                                     | -                     | -                                                                                                            | -  | [Firma] |
| 9.                                                                                     |             |                                     |                |                       |                              |                                               |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                       |                                                                                                              |    |         |
| 10.                                                                                    |             |                                     |                |                       |                              |                                               |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                       |                                                                                                              |    |         |
| 11.                                                                                    |             |                                     |                |                       |                              |                                               |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                       |                                                                                                              |    |         |
| 12.                                                                                    |             |                                     |                |                       |                              |                                               |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                       |                                                                                                              |    |         |
| 13.                                                                                    |             |                                     |                |                       |                              |                                               |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                       |                                                                                                              |    |         |
| 14.                                                                                    |             |                                     |                |                       |                              |                                               |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                       |                                                                                                              |    |         |
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                            |             |                                     |                |                       |                              |                                               |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                       |                                                                                                              |    |         |
| SI                                                                                     |             | NO                                  |                | SI                    |                              | NO                                            |                                                  | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ( seleccione según corresponda )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                       |                       |                                                                                                              |    |         |
|                                                                                        |             |                                     |                |                       |                              |                                               |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                       |                                                                                                              |    |         |
| Guantes de soldador                                                                    |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | Monogafas             |                              | <input checked="" type="checkbox"/>           |                                                  | <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;">Golpe por objeto en movimiento</div> <div style="width: 50%;">Atrapamiento del cuerpo</div> <div style="width: 50%;">Proyección de partículas</div> <div style="width: 50%;">Explosión</div> <div style="width: 50%;">Intoxicación</div> <div style="width: 50%;">Contactos de sustancias tóxicas</div> </div> |                                       |                       |                                                                                                              |    |         |
| Protección facial                                                                      |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | Mortero               |                              | <input checked="" type="checkbox"/>           |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                       |                                                                                                              |    |         |
| Botas de seguridad                                                                     |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | Overol                |                              | <input checked="" type="checkbox"/>           |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                       |                                                                                                              |    |         |
| Guantes nitrilo                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | Casco                 |                              | <input checked="" type="checkbox"/>           |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                       |                                                                                                              |    |         |
| Gafas de seguridad                                                                     |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | Mascarilla media cara |                              | <input checked="" type="checkbox"/>           |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                       |                                                                                                              |    |         |
| Guantes vaqueta                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | Filtros               |                              | <input checked="" type="checkbox"/>           |                                                  | Contacto con energía eléctrica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                       |                       |                                                                                                              |    |         |
| A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGÚN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |             |                                     |                |                       |                              |                                               |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                       |                                                                                                              |    |         |
| TRABAJO EN ALTURAS                                                                     |             |                                     |                |                       |                              |                                               |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                       |                                                                                                              |    |         |
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN                                                                  |             | SI                                  | NO             | N/A                   | SISTEMA DE ACCESO            |                                               |                                                  | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | NO                                    | N/A                   | Control Trabajo en Alturas                                                                                   |    |         |
| Delimitación del área                                                                  |             |                                     |                |                       | Andamios                     |                                               |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                       | ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre?                  |    |         |
| Ayudante de seguridad                                                                  |             |                                     |                |                       | Escalera                     |                                               |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                       | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas u objetos de trabajo?                                        |    |         |
| Verificación de puntos de anclaje                                                      |             |                                     |                |                       | Elevador                     |                                               |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                       | ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?                         |    |         |
| Señalización del área                                                                  |             |                                     |                |                       | Grúa con canasta             |                                               |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                       | ¿Las escaleras y pasarelas cuentan con barandas y rodapiés?                                                  |    |         |
| Línea de advertencia                                                                   |             |                                     |                |                       | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO |                                               |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                       | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas?                                              |    |         |
| Trabajo en suspensión                                                                  |             |                                     |                |                       |                              |                                               |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                       | ¿Cuenta con los epps requeridos?                                                                             |    |         |
| Control de acceso                                                                      |             |                                     |                |                       | Posicionamiento              |                                               |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                       | ¿Se realizó inspección de EPCC?                                                                              |    |         |
| Barandas                                                                               |             |                                     |                |                       | Restricción                  |                                               |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                       | ¿Se verificó competencias de los trabajadores?                                                               |    |         |
| ¿Otros? ¿Cuáles?                                                                       |             |                                     |                |                       | Detención                    |                                               |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                       | ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                                                        |    |         |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                       |    |                                                                                                         |               |                     |                                                                       |                                                                                  |     |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |    | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                               |               |                     | SI                                                                    | NO                                                                               | N/A |     |
| Selección                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SI                    | NO |                                                                                                         |               |                     |                                                                       |                                                                                  |     |     |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |    | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                        |               |                     |                                                                       |                                                                                  |     |     |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |    | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                             |               |                     |                                                                       |                                                                                  |     |     |
| Gorro tipo arabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |    | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y estan en buen estado                                    |               |                     |                                                                       |                                                                                  |     |     |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |    | Acceso al area fue restringido                                                                          |               |                     |                                                                       |                                                                                  |     |     |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |    | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                    |               |                     |                                                                       |                                                                                  |     |     |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |    | La maquinaria amarilla cuenta con las condiciones aptas para la ejecución                               |               |                     |                                                                       |                                                                                  |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |    | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                 |               |                     |                                                                       |                                                                                  |     |     |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |    | IZAJE DE CARGAS                                                                                         |               |                     | BLOQUEO ENERGÍAS PELIGROSAS                                           |                                                                                  |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SI                    | NO |                                                                                                         | SI            | NO                  |                                                                       | SI                                                                               | NO  | N/A |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente estan libre de sustancias peligrosas?                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |    | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a mover? |               |                     | Autorización de oficial de bloqueo                                    |                                                                                  |     |     |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |    | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                          |               |                     | Corte visible de las fuentes de energías                              |                                                                                  |     |     |
| ¿Cuenta con extintor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |    | ¿Los certificados de operador y aparejador estan acorde a la capacidad del equipo a operar?             |               |                     | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energía |                                                                                  |     |     |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |    | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                |               |                     | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                     |                                                                                  |     |     |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |    | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                          |               |                     | Área señalizada y aislada                                             |                                                                                  |     |     |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |    | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra (vientos)?                                                   |               |                     | Se tienen identificados los riesgos de la labor                       |                                                                                  |     |     |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |    |                                                                                                         |               | SUSTANCIAS QUÍMICAS |                                                                       |                                                                                  |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SI                    | NO | N/A                                                                                                     |               | SI                  | NO                                                                    | N/A                                                                              |     |     |
| ¿El área de trabajo al inicio y final esta limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |    |                                                                                                         |               |                     |                                                                       | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? |     |     |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |    |                                                                                                         |               |                     |                                                                       | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                |     |     |
| <p>Los abajo firmantes confirman que el área de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutores son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente.</p> |                       |    |                                                                                                         |               |                     |                                                                       |                                                                                  |     |     |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |    |                                                                                                         |               |                     |                                                                       |                                                                                  |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |    |                                                                                                         |               |                     |                                                                       |                                                                                  |     |     |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | NOMBRE Y APELLIDO     |    |                                                                                                         | CEDULA        | FIRMA DE APERTURA   | FIRMA DE CIERRE                                                       |                                                                                  |     |     |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Duvan Reyes           |    |                                                                                                         | 1002461522    |                     |                                                                       |                                                                                  |     |     |
| MAESTRO DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Hermes Javier Pedraza |    |                                                                                                         | 11396.978     |                     |                                                                       |                                                                                  |     |     |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Karen Giron           |    |                                                                                                         | 1.057.604.023 |                     |                                                                       |                                                                                  |     |     |





## FORMATO PERMISO DE TRABAJO

FECHA: 1/07/2025

Elaboró: Consultor SST

Aprobó: Representante legal

Página 1 de 2

|                                   |                                   |                 |                |                       |            |                                            |                                                                    |              |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------|----------------|-----------------------|------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------|
| CENTRO DE TRABAJO                 | AREA/ LUGAR                       | FECHA DE INICIO | HORA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN | HORA FINAL | TIPO DE TRABAJO                            | RUTINARIO                                                          | RESPONSABLE  |
| Duitama                           | Sena / Cedeagro                   | 11.02.26        | 7:00 am        | 11.02.26              | 5:00 pm    |                                            | NO RUTINARIO <input checked="" type="checkbox"/>                   | Juan Pedraza |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD       | Mantenimiento baterías sanitarias |                 |                |                       |            | ¿ALTIMA APROXIMADA DE LA ACTIVIDAD? (mts)  | NA                                                                 |              |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR | Herramienta menor                 |                 |                |                       |            | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO?    | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |              |
|                                   |                                   |                 |                |                       |            | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO? | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |              |
|                                   |                                   |                 |                |                       |            | ¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL?        | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |              |

| TRABAJADORES AUTORIZADOS                   |                      |  |  | REQUERIMIENTO DE APTITUD |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |                |
|--------------------------------------------|----------------------|--|--|--------------------------|------------------------------|----|--------------------------|----|---------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------|
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION |                      |  |  | CARGO                    | Óptimas condiciones de salud |    | Seguridad social vigente |    | ¿Están calificados para la actividad? |    | El trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentren aptos para su uso |    | Firma          |
|                                            |                      |  |  |                          | SI                           | NO | SI                       | NO | SI                                    | NO | SI                                                                                                           | NO |                |
| 1.                                         | Luis Vega            |  |  | Aux                      | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    | Luis Vega      |
| 2.                                         | Daniel Alberto Serna |  |  | Aux Obc                  | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    | Daniel Serna   |
| 3.                                         | Armando Cerón        |  |  | Maest                    | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    | Armando Cerón  |
| 4.                                         | Ysabel Jhan Ortiz    |  |  | Aux                      | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    | Ysabel Ortiz   |
| 5.                                         | Ramiro Arella        |  |  | Aux                      | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    | Ramiro Arella  |
| 6.                                         | Duvan Reyes          |  |  | Residente Obc            |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    | Duvan Reyes    |
| 7.                                         | Karen Giron          |  |  | Residente SST            | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    | Karen Giron    |
| 8.                                         | Haniel Jairo Pedraza |  |  | Maest                    | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    | Haniel Pedraza |
| 9.                                         |                      |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |                |
| 10.                                        |                      |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |                |
| 11.                                        |                      |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |                |
| 12.                                        |                      |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |                |
| 13.                                        |                      |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |                |
| 14.                                        |                      |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |                |

| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS |                                     |                                     |                       |                                     |                                     | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ( seleccione según corresponda ) |                                     |                                 |                                     |
|---------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
|                                             | SI                                  | NO                                  |                       | SI                                  | NO                                  |                                                             |                                     |                                 |                                     |
| Guantes de soldador                         |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Monogafas             |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Golpe por objeto en movimiento                              |                                     | Atrapamiento del cuerpo         |                                     |
| Protección facial                           |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Montera               |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Golpeado por carga suspendida                               |                                     | Proyección de partículas        | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Botas de seguridad                          | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | Overol                | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | Golpeado contra objeto o estructura                         |                                     | Explosión                       |                                     |
| Guantes nitrilo                             | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | Casco                 | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | Caida al mismo nivel                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | Intoxicación                    |                                     |
| Gafas de seguridad                          | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | Mascarilla media cara |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Contacto con energía eléctrica                              |                                     | Contactos de sustancias tóxicas |                                     |
| Guantes vaqueta                             | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | Filtros               |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                             |                                     |                                 |                                     |

A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGÚN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

| TRABAJO EN ALTURAS                |    |    |     |                              |    |    |     |                                                                                             |    |    |     |
|-----------------------------------|----|----|-----|------------------------------|----|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----|
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN             | SI | NO | N/A | SISTEMA DE ACCESO            | SI | NO | N/A | Control Trabajo en Alturas                                                                  | SI | NO | N/A |
| Delimitación del área             |    |    |     | Andamios                     |    |    |     | ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre? |    |    |     |
| Ayudante de seguridad             |    |    |     | Escalera                     |    |    |     | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas u objetos de trabajo?                       |    |    |     |
| Verificación de puntos de anclaje |    |    |     | Elevador                     |    |    |     | ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?        |    |    |     |
| Señalización del área             |    |    |     | Grua con canasta             |    |    |     | ¿Las escaleras y pasarelas cuentan con barandas y rodapiés?                                 |    |    |     |
| Línea de advertencia              |    |    |     | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO |    |    |     | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas?                             |    |    |     |
| Trabajo en suspensión             |    |    |     |                              |    |    |     | ¿Cuenta con los epps requeridos?                                                            |    |    |     |
| Control de acceso                 |    |    |     | Posicionamiento              |    |    |     | ¿Se realizó inspección de EPCC?                                                             |    |    |     |
| Barandas                          |    |    |     | Restricción                  |    |    |     | ¿Se verificó competencias de los trabajadores?                                              |    |    |     |
| ¿Otros? ¿Cuales?                  |    |    |     | Detención                    |    |    |     | ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                                       |    |    |     |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |     |                                                                                                             |                   |                 |                                                                                  |                             |     |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----|-----|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |     | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                                   |                   |                 |                                                                                  | SI                          | NO  | N/A |
| Seleccione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SI                  | NO  |                                                                                                             |                   |                 |                                                                                  |                             |     |     |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |     | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                            |                   |                 |                                                                                  |                             |     |     |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |     | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                                 |                   |                 |                                                                                  |                             |     |     |
| Gorro tipo arabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |     | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y están en buen estado                                        |                   |                 |                                                                                  |                             |     |     |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |     | Acceso al area fue restringido                                                                              |                   |                 |                                                                                  |                             |     |     |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |     | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                        |                   |                 |                                                                                  |                             |     |     |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |     | La maquinaria amarilla cuenta con las condiciones aptas para la ejecución                                   |                   |                 |                                                                                  |                             |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |     | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                     |                   |                 |                                                                                  |                             |     |     |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |     | IZAJE DE CARGAS                                                                                             |                   |                 |                                                                                  | BLOQUEO ENERGIAS PELIGROSAS |     |     |
| SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | NO                  |     | SI                                                                                                          | NO                |                 | SI                                                                               | NO                          | N/A |     |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente están libre de sustancias?                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |     | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a movilizar? |                   |                 | Autorización de oficial de bloqueo                                               |                             |     |     |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |     | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                              |                   |                 | Corte visible de las fuentes de energías                                         |                             |     |     |
| ¿Cuenta con extintor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |     | ¿Los certificados de operador y aparejador están acorde a la capacidad del equipo a operar?                 |                   |                 | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energía            |                             |     |     |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |     | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                    |                   |                 | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                                |                             |     |     |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |     | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                              |                   |                 | Area señalizada y aislada                                                        |                             |     |     |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |     | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra (vientos)?                                                       |                   |                 | Se tienen identificados los riesgos de la labor                                  |                             |     |     |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |     |                                                                                                             |                   |                 | SUSTANCIAS QUIMICAS                                                              |                             |     |     |
| SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | NO                  | N/A | SI                                                                                                          | NO                | N/A             | SI                                                                               | NO                          | N/A |     |
| ¿El área de trabajo al inicio y final esta limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |     |                                                                                                             |                   |                 | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? |                             |     |     |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |     |                                                                                                             |                   |                 | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                |                             |     |     |
| Los abajo firmantes confirman que el area de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente. |                     |     |                                                                                                             |                   |                 |                                                                                  |                             |     |     |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |     |                                                                                                             |                   |                 |                                                                                  |                             |     |     |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NOMBRE Y APELLIDO   |     | CEDULA                                                                                                      | FIRMA DE APERTURA | FIRMA DE CIERRE |                                                                                  |                             |     |     |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Duran Royce         |     | 1002461522                                                                                                  |                   |                 |                                                                                  |                             |     |     |
| MAESTRO DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Hermes para Pedraza |     | 91346438                                                                                                    |                   |                 |                                                                                  |                             |     |     |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Karen Giron         |     | 1.057.604.023                                                                                               |                   |                 |                                                                                  |                             |     |     |



| SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO                                     |                                     | CODIGO: SST-CSS-FT-01                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| FORMATO PERMISO DE TRABAJO                                                             |                                     | VERSION: 001                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |
| Elaboró: Consultor SST                                                                 |                                     | Aprobó: Representante legal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                     |
| FECHA: 1/07/2025                                                                       |                                     | Página 1 de 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |
| CENTRO DE TRABAJO                                                                      | AREA/LUGAR                          | FECHA DE INICIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | HORA DE INICIO                      |
| Duitama                                                                                | Barra/Cedegro                       | 12-02-26                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 7:00 am                             |
| FECHA DE FINALIZACIÓN                                                                  | HORA FINAL                          | TIPO DE TRABAJO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |
| 12-02-26                                                                               | 5:00 pm                             | NO RUTINARIO X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                     |
| RESPONSABLE                                                                            |                                     | JAVIER PEDRAZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                     |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD                                                            |                                     | Mantenimiento baterías sanitarias                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR                                                      |                                     | Herramienta menor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |
| REQUERIMIENTO DE APTITUD                                                               |                                     | ¿ALTIMETRA APROXIMADA DE LA ACTIVIDAD? (mts) <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO<br>¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO<br>¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO<br>¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |                                     |
| TRABAJADORES AUTORIZADOS                                                               |                                     | REQUERIMIENTO DE APTITUD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                     |
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION                                             | CARGO                               | Óptimas condiciones de salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Seguridad social vigente            |
|                                                                                        |                                     | SI NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SI NO                               |
| 1 Karen Giron                                                                          | Residente SST                       | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2 Luis Reyes                                                                           | As                                  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3 Manuel Alejandro Gekemeneer                                                          | As                                  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4 Rafael Jhona Ortiz                                                                   | As                                  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5 Jairo Pedraza                                                                        | Maestro                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6 Porfirio Ceron                                                                       | Maestro                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7 Izamir Avila                                                                         | As                                  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8 Duvali Reyes                                                                         | Residente Obra                      | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9                                                                                      |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |
| 10                                                                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |
| 11                                                                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |
| 12                                                                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |
| 13                                                                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |
| 14                                                                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                            |                                     | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS (seleccione según corresponda)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |
| Guantes de soldador                                                                    | SI NO                               | Monogafas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SI NO                               |
| Protección facial                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | Montera                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Botas de seguridad                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Overol                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Guantes nitrilo                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | Casco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Gafas de seguridad                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Mascarilla media cara                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Guantes vaqueta                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | Filtros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGUN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |                                     | TRABAJO EN ALTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN                                                                  | SI NO N/A                           | SISTEMA DE ACCESO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SI NO N/A                           |
| Delimitación del área                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | Andamios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ayudante de seguridad                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | Escalera                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Verificación de puntos de anclaje                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | Elevador                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Señalización del área                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | Grúa con canasta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Línea de advertencia                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |
| Trabajo en suspensión                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |
| Control de acceso                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Cuenta con los apps requeridos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                     |
| Barandas                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Se realizó inspección de EPCC?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |
| ¿Otros? ¿Cuales?                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Se verificó competencias de los trabajadores?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                     |
|                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                     |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |                      |                                                                                                             |               |    |                                                                                  |    |                 |                                                                       |    |    |     |    |    |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----|----------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------|-----------------------------------------------------------------------|----|----|-----|----|----|-----|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |                      | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                                   |               |    | SI                                                                               |    |                 | NO                                                                    |    |    | N/A |    |    |     |
| Selecciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |                      |                                                                                                             |               |    |                                                                                  |    |                 |                                                                       |    |    |     |    |    |     |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                      | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                            |               |    |                                                                                  |    |                 |                                                                       |    |    |     |    |    |     |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |                      | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                                 |               |    |                                                                                  |    |                 |                                                                       |    |    |     |    |    |     |
| Gorro tipo arabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                      | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y estan en buen estado                                        |               |    |                                                                                  |    |                 |                                                                       |    |    |     |    |    |     |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |                      | Acceso al area fue restringido                                                                              |               |    |                                                                                  |    |                 |                                                                       |    |    |     |    |    |     |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |                      | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                        |               |    |                                                                                  |    |                 |                                                                       |    |    |     |    |    |     |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |                      | La maquinaria amarra cuentas con las condiciones aptas para la ejecución                                    |               |    |                                                                                  |    |                 |                                                                       |    |    |     |    |    |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                      | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                     |               |    |                                                                                  |    |                 |                                                                       |    |    |     |    |    |     |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |                      | IZAJE DE CARGAS                                                                                             |               |    | BLOQUEO ENERGIAS PELIGROSAS                                                      |    |                 |                                                                       |    |    |     |    |    |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI | NO                   |                                                                                                             | SI            | NO |                                                                                  | SI | NO              |                                                                       | SI | NO |     | SI | NO | N/A |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente estan libre y/o aisladas de sustancias?                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                      | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a movilizar? |               |    |                                                                                  |    |                 | Autorización de oficial de bloqueo                                    |    |    |     |    |    |     |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                      | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                              |               |    |                                                                                  |    |                 | Corte visible de las fuentes de energias                              |    |    |     |    |    |     |
| ¿Cuenta con extintor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |                      | ¿Los certificados de operador y aparejador estan acorde a la capacidad del equipo a operar?                 |               |    |                                                                                  |    |                 | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energia |    |    |     |    |    |     |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |                      | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                    |               |    |                                                                                  |    |                 | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                     |    |    |     |    |    |     |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |                      | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                              |               |    |                                                                                  |    |                 | Area señalizada y aislada                                             |    |    |     |    |    |     |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                      | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra(vientos)?                                                        |               |    |                                                                                  |    |                 | Se tienen identificados los riesgos de la labor                       |    |    |     |    |    |     |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                      |                                                                                                             |               |    | SUSTANCIAS QUIMICAS                                                              |    |                 |                                                                       |    |    |     |    |    |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                      |                                                                                                             |               |    |                                                                                  |    |                 |                                                                       |    |    |     |    |    |     |
| ¿El área de trabajo al inicio y final esta limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |                      |                                                                                                             |               |    | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? |    |                 |                                                                       |    |    |     |    |    |     |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                       |    |                      |                                                                                                             |               |    | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                |    |                 |                                                                       |    |    |     |    |    |     |
| Los abajo firmantes confirman que el area de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente. |    |                      |                                                                                                             |               |    |                                                                                  |    |                 |                                                                       |    |    |     |    |    |     |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                      |                                                                                                             |               |    |                                                                                  |    |                 |                                                                       |    |    |     |    |    |     |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    | NOMBRE Y APELLIDO    |                                                                                                             | CEDULA        |    | FIRMA DE APERTURA                                                                |    | FIRMA DE CIERRE |                                                                       |    |    |     |    |    |     |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    | Duvan Reyu           |                                                                                                             | 1002461522    |    | RA                                                                               |    | RA              |                                                                       |    |    |     |    |    |     |
| MAESTRO DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    | Hernan jairo Pedraza |                                                                                                             | 91396998      |    | JP                                                                               |    | JP              |                                                                       |    |    |     |    |    |     |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    | Karen Giron          |                                                                                                             | 1.057.604.023 |    | JG                                                                               |    | JG              |                                                                       |    |    |     |    |    |     |



| SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO                                     |             |                                     |                |                                     |                             |                                                                    |              |                                     |  | CODIGO: SST-CSS-FT-61                 |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------|--|---------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| FORMATO PERMISO DE TRABAJO                                                             |             |                                     |                |                                     |                             |                                                                    |              |                                     |  | VERSION: 001                          |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
| Elaboró: Consultor SST                                                                 |             |                                     |                |                                     | Aprobó: Representante legal |                                                                    |              |                                     |  | FECHA: 1/07/2025                      |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
| Página 1 de 2                                                                          |             |                                     |                |                                     |                             |                                                                    |              |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
| CENTRO DE TRABAJO                                                                      | AREA/ LUGAR | FECHA DE INICIO                     | HORA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN               | HORA FINAL                  | TIPO DE TRABAJO                                                    | RUTINARIO    | RESPONSABLE                         |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
| Duitama                                                                                | Sena        | 13.07.2025                          | 7:00 AM        | 13.07.2025                          | 5:00 PM                     |                                                                    | NO RUTINARIO | Javier Pedraza                      |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD                                                            |             |                                     |                |                                     |                             | ¿ALTIMETRIA APROXIMADA DE LA ACTIVIDAD? (més)                      |              |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
| Mantenimiento de baterías sanitarias                                                   |             |                                     |                |                                     |                             | N/A                                                                |              |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR                                                      |             |                                     |                |                                     |                             | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO?                            |              |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
| Herramienta menor                                                                      |             |                                     |                |                                     |                             | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |              |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
|                                                                                        |             |                                     |                |                                     |                             | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO?                         |              |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
|                                                                                        |             |                                     |                |                                     |                             | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |              |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
|                                                                                        |             |                                     |                |                                     |                             | ¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL?                                |              |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
|                                                                                        |             |                                     |                |                                     |                             | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |              |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
| TRABAJADORES AUTORIZADOS                                                               |             |                                     |                |                                     |                             | REQUERIMIENTO DE APTITUD                                           |              |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION                                             |             |                                     |                | CARGO                               |                             | Óptimas condiciones de salud                                       |              | Seguridad social vigente            |  | ¿Están calificados para la actividad? |  | El trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentran aptos para su uso |  | Firma                               |  |
|                                                                                        |             |                                     |                |                                     |                             | SI NO                                                              |              | SI NO                               |  | SI NO                                 |  | SI NO                                                                                                        |  |                                     |  |
| 1. Karen Giron                                                                         |             |                                     |                | Residente SST                       |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | WG                                  |  |
| 2. Hermes Javier Pedraza                                                               |             |                                     |                | Maestro                             |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | HJP                                 |  |
| 3. Leibel Johana Ortiz Alvarado                                                        |             |                                     |                | Aux Obr                             |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | LJA                                 |  |
| 4. Luis Alejandro Vega                                                                 |             |                                     |                | Aux                                 |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | LVA                                 |  |
| 5. Duval Reyes                                                                         |             |                                     |                | Residente O.                        |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | DR                                  |  |
| 6. Ramiro Herrera                                                                      |             |                                     |                | Iz.                                 |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | RH                                  |  |
| 7. Manuel Alejandro Salamanca                                                          |             |                                     |                | Aux Obr                             |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | MAS                                 |  |
| 8. Darmanio Can                                                                        |             |                                     |                | Maestro                             |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | DC                                  |  |
| 9.                                                                                     |             |                                     |                |                                     |                             |                                                                    |              |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
| 10.                                                                                    |             |                                     |                |                                     |                             |                                                                    |              |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
| 11.                                                                                    |             |                                     |                |                                     |                             |                                                                    |              |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
| 12.                                                                                    |             |                                     |                |                                     |                             |                                                                    |              |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
| 13.                                                                                    |             |                                     |                |                                     |                             |                                                                    |              |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
| 14.                                                                                    |             |                                     |                |                                     |                             |                                                                    |              |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                            |             |                                     |                |                                     |                             |                                                                    |              |                                     |  |                                       |  | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ( seleccione según corresponda )                                                  |  |                                     |  |
| SI                                                                                     |             | NO                                  |                | SI                                  |                             | NO                                                                 |              |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                    |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              | Golpe por objeto en movimiento      |  |                                       |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |                                     |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                    |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              | Golpeado por carga suspendida       |  |                                       |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |                                     |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                    |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              | Golpeado contra objeto o estructura |  |                                       |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |                                     |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                    |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              | Caída al mismo nivel                |  |                                       |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |                                     |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                    |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              | Contacto con energía eléctrica      |  |                                       |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |                                     |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                    |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              | Atrapamiento del cuerpo             |  |                                       |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |                                     |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                    |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              | Proyección de partículas            |  |                                       |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |                                     |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                    |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              | Explosión                           |  |                                       |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |                                     |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                    |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              | Intoxicación                        |  |                                       |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |                                     |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                    |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              | Contactos de sustancias tóxicas     |  |                                       |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |                                     |  |
| A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGÚN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |             |                                     |                |                                     |                             |                                                                    |              |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
| TRABAJO EN ALTURAS                                                                     |             |                                     |                |                                     |                             |                                                                    |              |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN                                                                  |             | SI                                  |                | NO                                  |                             | N/A                                                                |              | SISTEMA DE ACCESO                   |  | SI                                    |  | NO                                                                                                           |  | N/A                                 |  |
| Delimitación del área                                                                  |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              | Andamios                            |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Ayudante de seguridad                                                                  |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              | Escalera                            |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Verificación de puntos de anclaje                                                      |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              | Elevador                            |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Señalización del área                                                                  |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              | Grúa con canasta                    |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Línea de advertencia                                                                   |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO        |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Trabajo en suspensión                                                                  |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Control de acceso                                                                      |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              | Posicionamiento                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Barandas                                                                               |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              | Restricción                         |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| ¿Otros? ¿Cuales?                                                                       |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              | Detención                           |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                |              |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |    |                                                                                                         |                                                                                  |                 |                                                                       |     |     |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |    | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                               |                                                                                  |                 | SI                                                                    | NO  | N/A |     |
| Seleccione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SI                    | NO |                                                                                                         |                                                                                  |                 |                                                                       |     |     |     |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | /                     |    | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                        |                                                                                  |                 | /                                                                     |     |     |     |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | /                     |    | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                             |                                                                                  |                 | /                                                                     |     |     |     |
| Gorro tipo árabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | /                     |    | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y están en buen estado                                    |                                                                                  |                 | /                                                                     |     |     |     |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | /                     |    | Acceso al área fue restringido                                                                          |                                                                                  |                 | /                                                                     |     |     |     |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | /                     |    | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                    |                                                                                  |                 | /                                                                     |     |     |     |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | /                     |    | La maquinaria amarra cuentas con las condiciones aptas para la ejecución                                |                                                                                  |                 | /                                                                     |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |    | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                 |                                                                                  |                 | /                                                                     |     |     |     |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       |    | IZAJE DE CARGAS                                                                                         |                                                                                  |                 | BLOQUEO ENERGÍAS PELIGROSAS                                           |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI                    | NO |                                                                                                         | SI                                                                               | NO              |                                                                       | SI  | NO  | N/A |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente están libre y/o aisladas de sustancias?                                                                                                                                                                                                                                                                                    | /                     |    | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a mover? | /                                                                                |                 | Autorización de oficial de bloqueo                                    |     |     |     |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | /                     |    | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                          | /                                                                                |                 | Corte visible de las fuentes de energías                              |     |     |     |
| ¿Cuenta con extintor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | /                     |    | ¿Los certificados de operador y aparejador están acorde a la capacidad del equipo a operar?             | /                                                                                |                 | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energía |     |     |     |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | /                     |    | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                | /                                                                                |                 | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                     |     |     |     |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | /                     |    | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                          | /                                                                                |                 | Área señalizada y aislada                                             |     |     |     |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | /                     |    | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra (vientos)?                                                   | /                                                                                |                 | Se tienen identificados los riesgos de la labor                       |     |     |     |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |    | SUSTANCIAS QUÍMICAS                                                                                     |                                                                                  |                 |                                                                       |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI                    | NO | N/A                                                                                                     |                                                                                  | SI              | NO                                                                    | N/A |     |     |
| ¿El área de trabajo al inicio y final está limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | /                     |    |                                                                                                         | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? |                 |                                                                       |     |     |     |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                       | /                     |    |                                                                                                         | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                |                 |                                                                       |     |     |     |
| Los abajo firmantes confirman que el área de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente. |                       |    |                                                                                                         |                                                                                  |                 |                                                                       |     |     |     |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |    |                                                                                                         |                                                                                  |                 |                                                                       |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |    |                                                                                                         |                                                                                  |                 |                                                                       |     |     |     |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NOMBRE Y APELLIDO     |    | CEDULA                                                                                                  | FIRMA DE APERTURA                                                                | FIRMA DE CIERRE |                                                                       |     |     |     |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Duvón Reyes           |    | 1002 461522                                                                                             | <i>[Firma]</i>                                                                   | <i>[Firma]</i>  |                                                                       |     |     |     |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Hermes Janner Pedraza |    | 9396978                                                                                                 | <i>[Firma]</i>                                                                   | <i>[Firma]</i>  |                                                                       |     |     |     |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Karen Giron           |    | 1057604-023                                                                                             | <i>[Firma]</i>                                                                   | <i>[Firma]</i>  |                                                                       |     |     |     |





## SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CODIGO: SST-CSS-PT-41

VERSION: 001

## FORMATO PERMISO DE TRABAJO

FECHA: 1/07/2025

Elaboró: Consultor SST

Aprobó: Representante legal

Página 1 de 2

|                                   |                                     |                 |                |                       |            |                                              |                                                                    |               |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------|----------------|-----------------------|------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------|
| CENTRO DE TRABAJO                 | AREA/ LUGAR                         | FECHA DE INICIO | HORA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN | HORA FINAL | TIPO DE TRABAJO                              | RUTINARIO                                                          | RESPONSABLE   |
| Duitama                           | Sena                                | 14.07.26        | 7:00am         | 14.07.26              | 5:00 PM    | NO RUTINARIO                                 | NO RUTINARIO                                                       | JAMES Padroza |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD       | Mantenimiento de bañeros sanitarios |                 |                |                       |            | ¿ALTIMETRA APROXIMADA DE LA ACTIVIDAD? (mts) | NA                                                                 |               |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR | Herramienta manual                  |                 |                |                       |            | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO?      | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |               |
|                                   |                                     |                 |                |                       |            | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO?   | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |               |
|                                   |                                     |                 |                |                       |            | ¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL?          | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |               |

| TRABAJADORES AUTORIZADOS                   |                            |  |  | REQUERIMIENTO DE APTITUD |   |                              |    |                          |    |                                       |    | Firma |                                                                                                              |    |
|--------------------------------------------|----------------------------|--|--|--------------------------|---|------------------------------|----|--------------------------|----|---------------------------------------|----|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION |                            |  |  | CARGO                    |   | Óptimas condiciones de salud |    | Seguridad social vigente |    | ¿Están calificados para la actividad? |    |       | El trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentran aptos para su uso |    |
|                                            |                            |  |  |                          |   | SI                           | NO | SI                       | NO | SI                                    | NO |       | SI                                                                                                           | NO |
| 1.                                         | Hernán Javier Padroza      |  |  | Maestro                  |   | ✓                            |    | ✓                        |    | ✓                                     |    | ✓     |                                                                                                              |    |
| 2.                                         | Dion Danilo Reyes F.       |  |  | Residente O.             | x |                              | x  |                          | x  |                                       | x  |       |                                                                                                              |    |
| 3.                                         | Karen Gim                  |  |  | Residente SdH            | x |                              | x  |                          | x  |                                       | x  |       |                                                                                                              |    |
| 4.                                         | Lobad Jhane Ortiz Alvarez  |  |  | As. Obra                 |   | ✓                            |    | ✓                        |    | ✓                                     |    | ✓     |                                                                                                              |    |
| 5.                                         | Luis Alejandro Vega        |  |  | Aux                      | x |                              | x  |                          | x  |                                       | x  |       |                                                                                                              |    |
| 6.                                         | Naniel Alejandro Salamanca |  |  | Aux                      | x |                              | x  |                          | x  |                                       | x  |       |                                                                                                              |    |
| 7.                                         |                            |  |  |                          |   |                              |    |                          |    |                                       |    |       |                                                                                                              |    |
| 8.                                         |                            |  |  |                          |   |                              |    |                          |    |                                       |    |       |                                                                                                              |    |
| 9.                                         |                            |  |  |                          |   |                              |    |                          |    |                                       |    |       |                                                                                                              |    |
| 10.                                        |                            |  |  |                          |   |                              |    |                          |    |                                       |    |       |                                                                                                              |    |
| 11.                                        |                            |  |  |                          |   |                              |    |                          |    |                                       |    |       |                                                                                                              |    |
| 12.                                        |                            |  |  |                          |   |                              |    |                          |    |                                       |    |       |                                                                                                              |    |
| 13.                                        |                            |  |  |                          |   |                              |    |                          |    |                                       |    |       |                                                                                                              |    |
| 14.                                        |                            |  |  |                          |   |                              |    |                          |    |                                       |    |       |                                                                                                              |    |

| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS |    |    |                       |    |    | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ( seleccione según corresponda ) |   |                                 |  |  |  |
|---------------------------------------------|----|----|-----------------------|----|----|-------------------------------------------------------------|---|---------------------------------|--|--|--|
| Guantes de soldador                         | SI | NO | Monogafas             | SI | NO | Golpe por objeto en movimiento                              |   | Atrapamiento del cuerpo         |  |  |  |
| Protección facial                           |    | ✓  | Montera               | ✓  |    | Golpeado por carga suspendida                               |   | Proyección de partículas        |  |  |  |
| Botas de seguridad                          | ✓  |    | Overol                | ✓  |    | Golpeado contra objeto o estructura                         |   | Exposición                      |  |  |  |
| Guantes nitrilo                             |    |    | Casco                 | ✓  |    | Caida al mismo nivel                                        | ✓ | Intoxicación                    |  |  |  |
| Gafas de seguridad                          | ✓  |    | Mascarilla media cara | ✓  |    | Contacto con energía eléctrica                              |   | Contactos de sustancias tóxicas |  |  |  |
| Guantes vaqueta                             |    | ✓  | Filtros               | ✓  |    |                                                             |   |                                 |  |  |  |

## A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGÚN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

| TRABAJO EN ALTURAS                |    |    |     |                              |    |    |     |                                                                                             |    |    |     |
|-----------------------------------|----|----|-----|------------------------------|----|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----|
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN             | SI | NO | N/A | SISTEMA DE ACCESO            | SI | NO | N/A | Control Trabajo en Alturas                                                                  | SI | NO | N/A |
| Delimitación del área             |    |    |     | Andamios                     |    |    |     | ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre? |    |    |     |
| Ayudante de seguridad             |    |    |     | Escalera                     |    |    |     | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas u objetos de trabajo?                       |    |    |     |
| Verificación de puntos de anclaje |    |    |     | Elevador                     |    |    |     | ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?        |    |    |     |
| Señalización del área             |    |    |     | Grúa con canasta             |    |    |     | ¿Las escaleras y pasarelas cuentan con barandas y rodapiés?                                 |    |    |     |
| Línea de advertencia              |    |    |     | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO |    |    |     | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas?                             |    |    |     |
| Trabajo en suspensión             |    |    |     |                              |    |    |     | ¿Cuenta con los epps requeridos?                                                            |    |    |     |
| Control de acceso                 |    |    |     | Posicionamiento              |    |    |     | ¿Se realizó inspección de EPCC?                                                             |    |    |     |
| Barandas                          |    |    |     | Restricción                  |    |    |     | ¿Se verificó competencias de los trabajadores?                                              |    |    |     |
| ¿Otros? ¿Cuales?                  |    |    |     | Detención                    |    |    |     | ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                                       |    |    |     |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                     |                          |                                                                                                         |                                                                                  |                                     |                                                                       |                                     |                                     |                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                          | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                               |                                                                                  |                                     | SI                                                                    | NO                                  | N/A                                 |                                     |
| Seleccione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SI                                  | NO                       |                                                                                                         |                                                                                  |                                     |                                                                       |                                     |                                     |                                     |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                        |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                             |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| Gorro tipo arabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y estan en buen estado                                    |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Acceso al area fue restringido                                                                          |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                    |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | La maquinaria amarilla cuenta con las condiciones aptas para la ejecución                               |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |                          | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                 |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                          | IZAJE DE CARGAS                                                                                         |                                                                                  |                                     | BLOQUEO ENERGIAS PELIGROSAS                                           |                                     |                                     |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI                                  | NO                       |                                                                                                         | SI                                                                               | NO                                  |                                                                       | SI                                  | NO                                  | N/A                                 |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente estan libre y/o aisladas de sustancias?                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a mover? | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | Autorización de oficial de bloqueo                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                          | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | Corte visible de las fuentes de energías                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Cuenta con extintor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Los certificados de operador y aparejador estan acorde a la capacidad del equipo a operar?             | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energia | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                          | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | Area señalizada y aislada                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra(vientos)?                                                    | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | Se tienen identificados los riesgos de la labor                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                          | SUSTANCIAS QUIMICAS                                                                                     |                                                                                  |                                     |                                                                       |                                     |                                     |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI                                  | NO                       | N/A                                                                                                     |                                                                                  | SI                                  | NO                                                                    | N/A                                 |                                     |                                     |
| ¿El área de trabajo al inicio y final esta limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                     | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |
| Los abajo firmantes confirman que el area de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente. |                                     |                          |                                                                                                         |                                                                                  |                                     |                                                                       |                                     |                                     |                                     |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                          |                                                                                                         |                                                                                  |                                     |                                                                       |                                     |                                     |                                     |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NOMBRE Y APELLIDO                   |                          |                                                                                                         | CEDULA                                                                           | FIRMA DE APERTURA                   | FIRMA DE CIERRE                                                       |                                     |                                     |                                     |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Duvan Reyes                         |                          |                                                                                                         | 1002461322                                                                       | <i>[Firma]</i>                      | <i>[Firma]</i>                                                        |                                     |                                     |                                     |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Hermes Javier Delara                |                          |                                                                                                         | 9'396. 978                                                                       | <i>[Firma]</i>                      | <i>[Firma]</i>                                                        |                                     |                                     |                                     |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Karen Giron                         |                          |                                                                                                         | 1059 604 023                                                                     | <i>[Firma]</i>                      | <i>[Firma]</i>                                                        |                                     |                                     |                                     |



|                                   |            |                 |                |                       |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |              |                  |
|-----------------------------------|------------|-----------------|----------------|-----------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------|
| CENTRO DE TRABAJO                 | AREA/LUGAR | FECHA DE INICIO | HORA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN | HORA FINAL | TIPO DE TRABAJO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | RUTINARIO    | RESPONSABLE      |
| Quilama                           | Sera       | 16-07-2025      | 7:00 AM        | 16-07-2025            | 5:00 PM    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NO RUTINARIO | Javier Rodriguez |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD       |            |                 |                |                       |            | ¿ALTA APROXIMADA DE LA ACTIVIDAD? (mts) <span style="float: right;">N/A</span><br>¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO? <span style="float: right;">SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span><br>¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO? <span style="float: right;">SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span><br>¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL? <span style="float: right;">SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span> |              |                  |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR |            |                 |                |                       |            | Herramienta menor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |              |                  |

| TRABAJADORES AUTORIZADOS                   |                     | REQUERIMIENTO DE APTITUD            |                                     |                                     |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     | Firma              |
|--------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------|
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION | CARGO               | Óptimas condiciones de salud        |                                     | Seguridad social vigente            |                                     | ¿Están calificados para la actividad? |                                     | El trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentran aptos para su uso |                                     |                    |
|                                            |                     | SI                                  | NO                                  | SI                                  | NO                                  | SI                                    | NO                                  | SI                                                                                                           | NO                                  |                    |
| 1. <i>Isabel Johana Ortiz Alvarez</i>      | <i>Ar Obv</i>       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <i>[Signature]</i> |
| 2. <i>Hernan Javier Pedraza</i>            | <i>Maestro</i>      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <i>[Signature]</i> |
| 3. <i>Luis Alejandro Vega</i>              | <i>Aox</i>          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <i>[Signature]</i> |
| 4. <i>Duvan Reyes</i>                      | <i>Residente O.</i> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <i>[Signature]</i> |
| 5. <i>Karen Giron</i>                      | <i>Pendiente</i>    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <i>[Signature]</i> |
| 6. <i>Parmenio Peron</i>                   | <i>Maestro</i>      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <i>[Signature]</i> |
| 7. <i>Alfonso Salamanca</i>                | <i>Auxiliar</i>     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <i>[Signature]</i> |
| 8. <i>Ramiro Avella</i>                    | <i>Aux</i>          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <i>[Signature]</i> |
| 9.                                         |                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                    |
| 10.                                        |                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                    |
| 11.                                        |                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                    |
| 12.                                        |                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                    |
| 13.                                        |                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                    |
| 14.                                        |                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                       |                                     |                                                                                                              |                                     |                    |

| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS |                                     |                                     |                       |                                     |                                     | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ( seleccione según corresponda )                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |
|---------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| Guantes de soldador                         | SI                                  | NO                                  | Monogafas             | SI                                  | NO                                  | Golpe por objeto en movimiento<br>Golpeado por carga suspendida<br>Golpeado contra objeto o estructura<br>Caída al mismo nivel<br>Contacto con energía eléctrica<br>Atrapamiento del cuerpo<br>Proyección de partículas<br>Explosión<br>Intoxicación<br>Contactos de sustancias tóxicas |  |  |  |
| Protección facial                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Monera                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |
| Botas de seguridad                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Overol                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |
| Guantes nitrilo                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Casco                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |
| Gafas de seguridad                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Mascarilla media cara | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |
| Guantes vaqueta                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Filtros               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |

| A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGÚN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |    |     |                              |    |     |                                                                                             |    |     |                              |    |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|------------------------------|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|------------------------------|----|-----|
| TRABAJO EN ALTURAS                                                                     |    |     |                              |    |     |                                                                                             |    |     |                              |    |     |
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN                                                                  |    |     | SISTEMA DE ACCESO            |    |     | Control Trabajo en Alturas                                                                  |    |     | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO |    |     |
| SI                                                                                     | NO | N/A | SI                           | NO | N/A | SI                                                                                          | NO | N/A | SI                           | NO | N/A |
|                                                                                        |    |     |                              |    |     |                                                                                             |    |     |                              |    |     |
| Definición del área                                                                    |    |     | Andamios                     |    |     | ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre? |    |     |                              |    |     |
| Ayudante de seguridad                                                                  |    |     | Escala                       |    |     | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas u objetos de trabajo?                       |    |     |                              |    |     |
| Verificación de puntos de anclaje                                                      |    |     | Elevador                     |    |     | ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?        |    |     |                              |    |     |
| Señalización del área                                                                  |    |     | Grúa con canasta             |    |     | ¿Las escaleras y pasarelas cuentan con barandas y rodapiés?                                 |    |     |                              |    |     |
| Línea de advertencia                                                                   |    |     | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO |    |     | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas?                             |    |     |                              |    |     |
| Trabajo en suspensión                                                                  |    |     |                              |    |     | ¿Cuenta con los epps requeridos?                                                            |    |     |                              |    |     |
| Control de acceso                                                                      |    |     | Posicionamiento              |    |     | ¿Se realizó inspección de EPCC?                                                             |    |     |                              |    |     |
| Barandas                                                                               |    |     | Restricción                  |    |     | ¿Se verificó competencias de los trabajadores?                                              |    |     |                              |    |     |
| ¿Otros? ¿Cuales?                                                                       |    |     | Detención                    |    |     | ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                                       |    |     |                              |    |     |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       |    |                                                                                                             |                   |     |                                                                                  |    |     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------|----|-----|-----|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                       |    | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                                   |                   |     | SI                                                                               | NO | N/A |     |
| Selección                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SI                    | NO |                                                                                                             |                   |     |                                                                                  |    |     |     |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                       |    | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                            |                   |     |                                                                                  |    |     |     |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |    | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                                 |                   |     |                                                                                  |    |     |     |
| Gorro tipo arabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |    | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y estan en buen estado                                        |                   |     |                                                                                  |    |     |     |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |    | Acceso al area fue restringido                                                                              |                   |     |                                                                                  |    |     |     |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |    | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                        |                   |     |                                                                                  |    |     |     |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |    | La maquinaria amarilla cuenta con las condiciones aptas para la ejecución                                   |                   |     |                                                                                  |    |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |    | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                     |                   |     |                                                                                  |    |     |     |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |    | IZAJE DE CARGAS                                                                                             |                   |     | BLOQUEO ENERGIAS PELIGROSAS                                                      |    |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SI                    | NO |                                                                                                             | SI                | NO  |                                                                                  | SI | NO  | N/A |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente estan libre de sustancias peligrosas?                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |    | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a movilizar? |                   |     | Autorización de oficial de bloqueo                                               |    |     |     |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |    | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                              |                   |     | Corte visible de las fuentes de energias                                         |    |     |     |
| ¿Cuenta con extintor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |    | ¿Los certificados de operador y aparejador estan acorde a la capacidad del equipo a operar?                 |                   |     | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energia            |    |     |     |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |    | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                    |                   |     | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                                |    |     |     |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |    | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                              |                   |     | Area señalizada y aislada                                                        |    |     |     |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |    | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra(vientos)?                                                        |                   |     | Se tienen identificados los riesgos de la labor                                  |    |     |     |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |    | SI                                                                                                          | NO                | N/A | SUSTANCIAS QUIMICAS                                                              |    |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |    |                                                                                                             |                   |     |                                                                                  | SI | NO  | N/A |
| ¿El área de trabajo al inicio y final esta limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                       |    |                                                                                                             |                   |     | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? |    |     |     |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |    |                                                                                                             |                   |     | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                |    |     |     |
| <p>Los abajo firmantes confirman que el area de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente.</p> |                       |    |                                                                                                             |                   |     |                                                                                  |    |     |     |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |    |                                                                                                             |                   |     |                                                                                  |    |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |    |                                                                                                             |                   |     |                                                                                  |    |     |     |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NOMBRE Y APELLIDO     |    | CEDULA                                                                                                      | FIRMA DE APERTURA |     | FIRMA DE CIERRE                                                                  |    |     |     |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Duvan Reyes           |    | 1002461522                                                                                                  | [Firma]           |     | [Firma]                                                                          |    |     |     |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Heimer Javier Pedraza |    | 9'396. 478                                                                                                  | [Firma]           |     | [Firma]                                                                          |    |     |     |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Karen Viviana Giron   |    | 1.057.604.023                                                                                               | [Firma]           |     | [Firma]                                                                          |    |     |     |





## SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CODIGO: SST-CSS-FT-01

VERSION: 001

## FORMATO PERMISO DE TRABAJO

FECHA: 1/07/2025

Elabora: Consultor SST

Aprobó: Representante legal

Página 1 de 2

|                                   |                                   |                 |                |                       |            |                                            |                                                                    |                |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------|----------------|-----------------------|------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------|
| CENTRO DE TRABAJO                 | AREA/ LUGAR                       | FECHA DE INICIO | HORA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN | HORA FINAL | TIPO DE TRABAJO                            | RUTINARIO                                                          | RESPONSABLE    |
| Durana                            | Sra                               | 17-02-26        | 7:00am         | 17-02-2026            | 12:00pm    |                                            | NO RUTINARIO X                                                     | Javier Pedraza |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD       | Mantenimiento baterías sanitarias |                 |                |                       |            | ¿ALTIMA APROXIMADA DE LA ACTIVIDAD? (mts)  | N/A                                                                |                |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR | Herramienta menor                 |                 |                |                       |            | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO?    | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                |
|                                   |                                   |                 |                |                       |            | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO? | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                |
|                                   |                                   |                 |                |                       |            | ¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL?        | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                |

| TRABAJADORES AUTORIZADOS                   |                             | REQUERIMIENTO DE APTITUD |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              | Firma |    |
|--------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|------------------------------|----|--------------------------|----|---------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----|
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION |                             | CARGO                    | Óptimas condiciones de salud |    | Seguridad social vigente |    | ¿Están calificados para la actividad? |    | El trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentran aptos para su uso |       |    |
|                                            |                             |                          | SI                           | NO | SI                       | NO | SI                                    | NO | SI                                                                                                           |       | NO |
| 1.                                         | Hernandez Javier Pedraza    | Maestro                  | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |       |    |
| 2.                                         | Duran, Reyes                | Residente O.             | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |       |    |
| 3.                                         | Larced Johana Ortiz Alvarez | Apoderada                | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |       |    |
| 4.                                         | Karen Viviana Giron         | Residente SST            | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |       |    |
| 5.                                         | Luis Alejandro Vega         | Aux                      | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |       |    |
| 6.                                         | Manuel Alejandro Salamanca  | Aux                      | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |       |    |
| 7.                                         | Ramiro Avella               | Aux                      | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |       |    |
| 8.                                         |                             |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |    |
| 9.                                         |                             |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |    |
| 10.                                        |                             |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |    |
| 11.                                        |                             |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |    |
| 13.                                        |                             |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |    |
| 14.                                        |                             |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |    |

| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS |                                     |                                     |                       |    |                                     | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ( seleccione según corresponda ) |  |                                     |                                 |  |                                     |
|---------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------|--|-------------------------------------|
|                                             | SI                                  | NO                                  |                       | SI | NO                                  |                                                             |  |                                     |                                 |  |                                     |
| Gautes de soldador                          |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Monogafas             |    | <input checked="" type="checkbox"/> | Golpe por objeto en movimiento                              |  | <input checked="" type="checkbox"/> | Atrapamiento del cuerpo         |  |                                     |
| Protección facial                           |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Montera               |    | <input checked="" type="checkbox"/> | Golpeado por carga suspendida                               |  | <input checked="" type="checkbox"/> | Proyección de partículas        |  |                                     |
| Botas de seguridad                          | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | Overol                |    | <input checked="" type="checkbox"/> | Golpeado contra objeto o estructura                         |  | <input checked="" type="checkbox"/> | Exposición                      |  |                                     |
| Gautes nitrilo                              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | Casco                 |    | <input checked="" type="checkbox"/> | Caida al mismo nivel                                        |  | <input checked="" type="checkbox"/> | Intoxicación                    |  |                                     |
| Tapas de seguridad                          | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | Mascarilla media cara |    | <input checked="" type="checkbox"/> | Contacto con energía eléctrica                              |  | <input checked="" type="checkbox"/> | Contactos de sustancias tóxicas |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Gautes vaqueta                              |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Filtros               |    | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                             |  |                                     |                                 |  |                                     |

A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGUN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

| TRABAJO EN ALTURAS                |  |  |    |    |     |                              |  |  |                                                                                             |    |     |
|-----------------------------------|--|--|----|----|-----|------------------------------|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN             |  |  | SI | NO | N/A | SISTEMA DE ACCESO            |  |  | SI                                                                                          | NO | N/A |
| Delimitación del área             |  |  |    |    |     | Andamios                     |  |  |                                                                                             |    |     |
| Ayudante de seguridad             |  |  |    |    |     | Escalera                     |  |  |                                                                                             |    |     |
| Verificación de puntos de anclaje |  |  |    |    |     | Elevador                     |  |  |                                                                                             |    |     |
| Señalización del área             |  |  |    |    |     | Grúa con canasta             |  |  |                                                                                             |    |     |
| Línea de advertencia              |  |  |    |    |     | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO |  |  | Control Trabajo en Alturas                                                                  |    |     |
| Trabajo en suspensión             |  |  |    |    |     |                              |  |  | ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre? | SI | NO  |
| Control de acceso                 |  |  |    |    |     |                              |  |  | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas u objetos de trabajo?                       |    |     |
| Barandas                          |  |  |    |    |     |                              |  |  | ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?        |    |     |
| ¿Otros? ¿Cuales?                  |  |  |    |    |     |                              |  |  | ¿Las escaleras y pasarelas cuentan con barandas y rodapiés?                                 |    |     |
|                                   |  |  |    |    |     |                              |  |  | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas?                             |    |     |
|                                   |  |  |    |    |     |                              |  |  | ¿Cuenta con los epps requeridos?                                                            |    |     |
|                                   |  |  |    |    |     |                              |  |  | ¿Se realizó inspección de EPCC?                                                             |    |     |
|                                   |  |  |    |    |     |                              |  |  | ¿Se verificó competencias de los trabajadores?                                              |    |     |
|                                   |  |  |    |    |     |                              |  |  | ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                                       |    |     |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |    |                                                                                                             |               |                   |                                                                       |     |                                                                                  |     |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------|-----|--|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |    | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                                   |               |                   | SI                                                                    | NO  | N/A                                                                              |     |  |
| Seleccione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SI                  | NO |                                                                                                             |               |                   |                                                                       |     |                                                                                  |     |  |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |    | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                            |               |                   |                                                                       |     |                                                                                  |     |  |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |    | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                                 |               |                   |                                                                       |     |                                                                                  |     |  |
| Gorro tipo arabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |    | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y estan en buen estado                                        |               |                   |                                                                       |     |                                                                                  |     |  |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |    | Acceso al area fue restringido                                                                              |               |                   |                                                                       |     |                                                                                  |     |  |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |    | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                        |               |                   |                                                                       |     |                                                                                  |     |  |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |    | La maquinaria amarra cuentas con las condiciones aptas para la ejecución                                    |               |                   |                                                                       |     |                                                                                  |     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |    | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                     |               |                   |                                                                       |     |                                                                                  |     |  |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |    | IZAJE DE CARGAS                                                                                             |               |                   | BLOQUEO ENERGÍAS PELIGROSAS                                           |     |                                                                                  |     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SI                  | NO |                                                                                                             | SI            | NO                |                                                                       | SI  | NO                                                                               | N/A |  |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente estan libre de sustancias peligrosas?                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |    | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a movilizar? |               |                   | Autorización de oficial de bloqueo                                    |     |                                                                                  |     |  |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |    | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                              |               |                   | Corte visible de las fuentes de energías                              |     |                                                                                  |     |  |
| ¿Cuenta con guarda?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |    | ¿Los certificados de operador y apañador estan acorde a la capacidad del equipo a operar?                   |               |                   | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energía |     |                                                                                  |     |  |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |    | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                    |               |                   | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                     |     |                                                                                  |     |  |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |    | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                              |               |                   | Área señalizada y aislada                                             |     |                                                                                  |     |  |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |    | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra (ventos)?                                                        |               |                   | Se tienen identificados los riesgos de la labor                       |     |                                                                                  |     |  |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |    | SUSTANCIAS QUÍMICAS                                                                                         |               |                   |                                                                       |     |                                                                                  |     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SI                  | NO | N/A                                                                                                         |               | SI                | NO                                                                    | N/A |                                                                                  |     |  |
| ¿El área de trabajo al inicio y final esta limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |    |                                                                                                             |               |                   |                                                                       |     | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? |     |  |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |    |                                                                                                             |               |                   |                                                                       |     | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                |     |  |
| <p>Los abajo firmantes confirman que el área de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente.</p> |                     |    |                                                                                                             |               |                   |                                                                       |     |                                                                                  |     |  |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |    |                                                                                                             |               |                   |                                                                       |     |                                                                                  |     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |    |                                                                                                             |               |                   |                                                                       |     |                                                                                  |     |  |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NOMBRE Y APELLIDO   |    |                                                                                                             | CEDULA        | FIRMA DE APERTURA | FIRMA DE CIERRE                                                       |     |                                                                                  |     |  |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Duvan Reyes         |    |                                                                                                             | 1002461522    |                   |                                                                       |     |                                                                                  |     |  |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Hernan Javier Padua |    |                                                                                                             | 9'396.979     |                   |                                                                       |     |                                                                                  |     |  |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Karen Giron         |    |                                                                                                             | 1.059.604.023 |                   |                                                                       |     |                                                                                  |     |  |





## FORMATO PERMISO DE TRABAJO

FECHA: 1/07/2025

Elaboró: Consultor SST

Aprobó: Representante legal

Página 1 de 2

|                                   |                                   |                 |                |                       |            |                                               |              |                |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------|----------------|-----------------------|------------|-----------------------------------------------|--------------|----------------|
| CENTRO DE TRABAJO                 | AREA/ LUGAR                       | FECHA DE INICIO | HORA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN | HORA FINAL | TIPO DE TRABAJO                               | RUTINARIO    | RESPONSABLE    |
| Datoma                            | Sena                              | 19-07-2026      | 7:00 AM        | 19-07-2026            | 5:00 PM    |                                               | NO RUTINARIO | Javier Pedraza |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD       | Mantenimiento baterías sanitarias |                 |                |                       |            | ¿ALTIMETRIA APROXIMADA DE LA ACTIVIDAD? (mts) |              |                |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR | Herramienta menor                 |                 |                |                       |            | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO?       |              |                |
|                                   |                                   |                 |                |                       |            | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO?    |              |                |
|                                   |                                   |                 |                |                       |            | ¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL?           |              |                |

| TRABAJADORES AUTORIZADOS                   |                             |  |  | REQUERIMIENTO DE APTITUD |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              | Firma |    |             |
|--------------------------------------------|-----------------------------|--|--|--------------------------|------------------------------|----|--------------------------|----|---------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----|-------------|
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION |                             |  |  | CARGO                    | Óptimas condiciones de salud |    | Seguridad social vigente |    | ¿Están calificados para la actividad? |    | El trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentran aptos para su uso |       |    |             |
|                                            |                             |  |  |                          | SI                           | NO | SI                       | NO | SI                                    | NO | SI                                                                                                           |       | NO |             |
| 1.                                         | Isabel Johana Ortiz Alvarez |  |  | Aux Obra                 | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       |    | [Signature] |
| 2.                                         | Karen Giron                 |  |  | Residente                | ✓                            |    | ✓                        |    | ✓                                     |    | ✓                                                                                                            |       |    | [Signature] |
| 3.                                         | Hermes Javier Pedraza       |  |  | Maestro                  | ✓                            |    | ✓                        |    | ✓                                     |    | ✓                                                                                                            |       |    | [Signature] |
| 4.                                         | Duvan Reyes                 |  |  | Residente O.             | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       |    | [Signature] |
| 5.                                         | Luis Alejandra Vega         |  |  | Aux                      | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       |    | [Signature] |
| 6.                                         | Parmenio Leon               |  |  | Maestro                  | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       |    | [Signature] |
| 7.                                         | Nahuel Selamueen            |  |  | Asiclar                  | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       |    | [Signature] |
| 8.                                         | Izumiro Avella              |  |  | Avi                      | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       |    | [Signature] |
| 9.                                         |                             |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |    |             |
| 10.                                        |                             |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |    |             |
| 11.                                        |                             |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |    |             |
| 12.                                        |                             |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |    |             |
| 13.                                        |                             |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |    |             |
| 14.                                        |                             |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |    |             |

| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS |    |    |                       |    |    | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ( seleccione según corresponda ) |  |                                 |  |  |  |
|---------------------------------------------|----|----|-----------------------|----|----|-------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|--|--|--|
| Guantes de soldador                         | SI | NO | Monogafas             | SI | NO | Golpe por objeto en movimiento                              |  | Atrapamiento del cuerpo         |  |  |  |
| Protección facial                           |    |    | Montera               |    |    | Golpes por carga suspendida                                 |  | Proyección de partículas        |  |  |  |
| Botas de seguridad                          |    |    | Overol                |    |    | Golpeado contra objeto o estructura                         |  | Exposición                      |  |  |  |
| Guantes nitrilo                             |    |    | Casco                 |    |    | Caída al mismo nivel                                        |  | Intoxicación                    |  |  |  |
| Gafas de seguridad                          |    |    | Mascarilla media cara |    |    | Contacto con energía eléctrica                              |  | Contactos de sustancias tóxicas |  |  |  |
| Guantes vaqueta                             |    |    | Filtros               |    |    |                                                             |  |                                 |  |  |  |

A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGUN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

| MEDIDAS DE PREVENCIÓN             |    |     |  | SISTEMA DE ACCESO            |    |     |  | Control Trabajo en Alturas                                                                  |    |     |  |
|-----------------------------------|----|-----|--|------------------------------|----|-----|--|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|--|
| SI                                | NO | N/A |  | SI                           | NO | N/A |  | SI                                                                                          | NO | N/A |  |
| Delimitación del área             |    |     |  | Andamios                     |    |     |  | ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre? |    |     |  |
| Ayudante de seguridad             |    |     |  | Escalera                     |    |     |  | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas u objetos de trabajo?                       |    |     |  |
| Verificación de puntos de anclaje |    |     |  | Elevador                     |    |     |  | ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?        |    |     |  |
| Señalización del área             |    |     |  | Grúa con canasta             |    |     |  | ¿Las escaleras y pasarelas cuentan con barandas y rodapiés?                                 |    |     |  |
| Línea de advertencia              |    |     |  | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO |    |     |  | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas?                             |    |     |  |
| Trabajo en suspensión             |    |     |  |                              |    |     |  | ¿Cuenta con los epps requeridos?                                                            |    |     |  |
| Control de acceso                 |    |     |  | Posicionamiento              |    |     |  | ¿Se realizó inspección de EPCC?                                                             |    |     |  |
| Barandas                          |    |     |  | Restricción                  |    |     |  | ¿Se verificó competencias de los trabajadores?                                              |    |     |  |
| ¿Otros? ¿Cuales?                  |    |     |  | Detención                    |    |     |  | ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                                       |    |     |  |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |                       |                                                                                                         |               |                     |                                                                                  |     |                 |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------|-----|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |                       | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                               |               |                     | SI                                                                               | NO  | N/A             |     |
| Selecione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SI | NO                    | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                        |               |                     |                                                                                  |     |                 |     |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                       | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                             |               |                     |                                                                                  |     |                 |     |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |                       | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y están en buen estado                                    |               |                     |                                                                                  |     |                 |     |
| Gorro tipo arabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                       | Acceso al área fue restringido                                                                          |               |                     |                                                                                  |     |                 |     |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |                       | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                    |               |                     |                                                                                  |     |                 |     |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |                       | La maquinaria amarilla cuenta con las condiciones aptas para la ejecución                               |               |                     |                                                                                  |     |                 |     |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |                       | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                 |               |                     |                                                                                  |     |                 |     |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |                       | IZAJE DE CARGAS                                                                                         |               |                     | BLOQUEO ENERGIAS PELIGROSAS                                                      |     |                 |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI | NO                    |                                                                                                         | SI            | NO                  |                                                                                  | SI  | NO              | N/A |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente están libre de sustancias peligrosas?                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |                       | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a mover? |               |                     | Autorización de oficial de bloqueo                                               |     |                 |     |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                       | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                          |               |                     | Corte visible de las fuentes de energías                                         |     |                 |     |
| ¿Cuenta con EPP?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                       | ¿Los certificados de operador y aparejador están acorde a la capacidad del equipo a operar?             |               |                     | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energía            |     |                 |     |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |                       | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                |               |                     | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                                |     |                 |     |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |                       | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                          |               |                     | Área señalizada y aislada                                                        |     |                 |     |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                       | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra (vientos)?                                                   |               |                     | Se tienen identificados los riesgos de la labor                                  |     |                 |     |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                       |                                                                                                         |               | SUSTANCIAS QUIMICAS |                                                                                  |     |                 |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI | NO                    | N/A                                                                                                     |               | SI                  | NO                                                                               | N/A |                 |     |
| ¿El área de trabajo al inicio y final está limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |                       |                                                                                                         |               |                     | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? |     |                 |     |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                       |    |                       |                                                                                                         |               |                     | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                |     |                 |     |
| Los abajo firmantes confirman que el área de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente. |    |                       |                                                                                                         |               |                     |                                                                                  |     |                 |     |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                       |                                                                                                         |               |                     |                                                                                  |     |                 |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                       |                                                                                                         |               |                     |                                                                                  |     |                 |     |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    | NOMBRE Y APELLIDO     |                                                                                                         | CEDULA        |                     | FIRMA DE APERTURA                                                                |     | FIRMA DE CIERRE |     |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    | Duván Reyes           |                                                                                                         | 1002 461 522  |                     | [Firma]                                                                          |     | [Firma]         |     |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    | Hermes Javier Pedraza |                                                                                                         | C' 3016. 978  |                     | [Firma]                                                                          |     | [Firma]         |     |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    | Karen Girón           |                                                                                                         | 1.057.604.023 |                     | [Firma]                                                                          |     | [Firma]         |     |



| CENTRO DE TRABAJO                 | AREA/ LUGAR  | FECHA DE INICIO | HORA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN | HORA FINAL | TIPO DE TRABAJO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | RUTINARIO                                        | RESPONSABLE        |
|-----------------------------------|--------------|-----------------|----------------|-----------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------|
| Quiloma                           | Sra Catagiro | 20-07-2025      | 7:00 AM        | 20-07-2025            | 5:00 PM    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NO RUTINARIO <input checked="" type="checkbox"/> | Javier Pedraza DTA |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD       |              |                 |                |                       |            | ¿ALTURA APROXIMADA DE LA ACTIVIDAD? (mts) <span style="float: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span><br>¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO? <span style="float: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span><br>¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO? <span style="float: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span><br>¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL? <span style="float: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span> |                                                  |                    |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR |              |                 |                |                       |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  |                    |
| HERRAMIENTA MENOR                 |              |                 |                |                       |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  |                    |

| TRABAJADORES AUTORIZADOS                   |         |           |               | REQUERIMIENTO DE APTITUD |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |         |
|--------------------------------------------|---------|-----------|---------------|--------------------------|------------------------------|----|--------------------------|----|---------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION |         |           |               | CARGO                    | Óptimas condiciones de salud |    | Seguridad social vigente |    | ¿Están calificados para la actividad? |    | El trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentran aptos para su uso |    | Firma   |
|                                            |         |           |               |                          | SI                           | NO | SI                       | NO | SI                                    | NO | SI                                                                                                           | NO |         |
| 1.                                         | Herrera | Javier    | pedraza       | Maestro                  | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | [Firma] |
| 2.                                         | Duvan   | Reyes     |               | Residente O.             | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | [Firma] |
| 3.                                         | Luis    | Alejandro | Vega          | Aux                      | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | [Firma] |
| 4.                                         | Ismael  | Jarama    | Ortiz Alvarez | Aux                      | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | [Firma] |
| 5.                                         | Karen   | Giron     |               | Residente                | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | [Firma] |
| 6.                                         | Ramiro  | Arellano  |               | Aux                      | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | [Firma] |
| 7.                                         | Abner   | Alejandro | Sekunaca      | Aux                      | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | [Firma] |
| 8.                                         | Armenio | Ben       |               | Maestro                  | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | [Firma] |
| 9.                                         |         |           |               |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |         |
| 10.                                        |         |           |               |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |         |
| 11.                                        |         |           |               |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |         |
| 12.                                        |         |           |               |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |         |
| 13.                                        |         |           |               |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |         |
| 14.                                        |         |           |               |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |         |

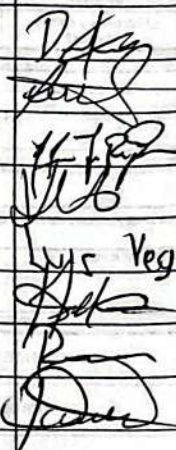
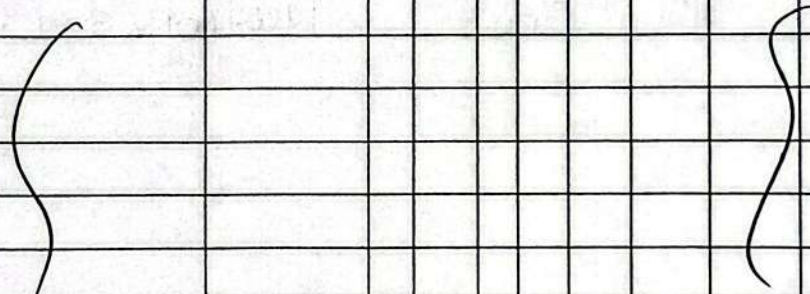
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS |                                     |                                     |                       |    |                                     | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ( seleccione según corresponda )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
|                                             | SI                                  | NO                                  |                       | SI | NO                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |
| Guantes de soldador                         |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Monogafas             |    | <input checked="" type="checkbox"/> | <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;">Golpe por objeto en movimiento</div> <div style="width: 50%;">Atrapamiento del cuerpo</div> <div style="width: 50%;">Golpeado por carga suspendida</div> <div style="width: 50%;">Proyección de partículas</div> <div style="width: 50%;">Golpeado contra objeto o estructura</div> <div style="width: 50%;">Explosión</div> <div style="width: 50%;">Caída al mismo nivel</div> <div style="width: 50%;">Intoxicación</div> <div style="width: 50%;">Contacto con energía eléctrica</div> <div style="width: 50%;">Contactos de sustancias tóxicas</div> </div> |  |  |  |  |  |
| Protección facial                           |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Montera               |    | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |
| Botas de seguridad                          | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | Overol                |    | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |
| Guantes nitrilo                             | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | Casco                 |    | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |
| Gafas de seguridad                          | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | Mascarilla media cara |    | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |
| Guantes vaqueta                             |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Filtros               |    | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |

| A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGÚN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |    |    |     |                              |    |    |     |                                                                                             |    |    |     |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----|------------------------------|----|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----|--|
| TRABAJO EN ALTURAS                                                                     |    |    |     |                              |    |    |     |                                                                                             |    |    |     |  |
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN                                                                  | SI | NO | N/A | SISTEMA DE ACCESO            | SI | NO | N/A | Control Trabajo en Alturas                                                                  | SI | NO | N/A |  |
| Delimitación del área                                                                  |    |    |     | Andamios                     |    |    |     | ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre? |    |    |     |  |
| Ayudante de seguridad                                                                  |    |    |     | Escalera                     |    |    |     | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas u objetos de trabajo?                       |    |    |     |  |
| Verificación de puntos de anclaje                                                      |    |    |     | Elevador                     |    |    |     | ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?        |    |    |     |  |
| Señalización del área                                                                  |    |    |     | Grúa con canasta             |    |    |     | ¿Las escaleras y pasarelas cuentan con barandas y rodapiés?                                 |    |    |     |  |
| Línea de advertencia                                                                   |    |    |     | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO |    |    |     | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas?                             |    |    |     |  |
| Trabajo en suspensión                                                                  |    |    |     |                              |    |    |     | ¿Cuenta con los epps requeridos?                                                            |    |    |     |  |
| Control de acceso                                                                      |    |    |     | Posicionamiento              |    |    |     | ¿Se realizó inspección de EPCC?                                                             |    |    |     |  |
| Barandas                                                                               |    |    |     | Restricción                  |    |    |     | ¿Se verificó competencias de los trabajadores?                                              |    |    |     |  |
| ¿Otros? ¿Cuales?                                                                       |    |    |     | Detención                    |    |    |     | ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                                       |    |    |     |  |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |    |                                                                                                             |                                                                                  |                   |                                                                       |                 |     |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------|-----|-----|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                      |    | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                                   |                                                                                  |                   | SI                                                                    | NO              | N/A |     |
| Selección                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SI                   | NO |                                                                                                             |                                                                                  |                   |                                                                       |                 |     |     |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |    | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                            |                                                                                  |                   |                                                                       |                 |     |     |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |    | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                                 |                                                                                  |                   |                                                                       |                 |     |     |
| Gorro tipo arabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      |    | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y estan en buen estado                                        |                                                                                  |                   |                                                                       |                 |     |     |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |    | Acceso al area fue restringido                                                                              |                                                                                  |                   |                                                                       |                 |     |     |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |    | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                        |                                                                                  |                   |                                                                       |                 |     |     |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |    | La maquinaria amarra cuentas con las condiciones aptas para la ejecución                                    |                                                                                  |                   |                                                                       |                 |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                      |    | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                     |                                                                                  |                   |                                                                       |                 |     |     |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |    | IZAJE DE CARGAS                                                                                             |                                                                                  |                   | BLOQUEO ENERGÍAS PELIGROSAS                                           |                 |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI                   | NO |                                                                                                             | SI                                                                               | NO                |                                                                       | SI              | NO  | N/A |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente estan libre de sustancias?                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |    | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a movilizar? |                                                                                  |                   | Autorización de oficial de bloqueo                                    |                 |     |     |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |    | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                              |                                                                                  |                   | Corte visible de las fuentes de energías                              |                 |     |     |
| ¿Cuenta con extintor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |    | ¿Los certificados de operador y aparejador estan acorde a la capacidad del equipo a operar?                 |                                                                                  |                   | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energía |                 |     |     |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |    | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                    |                                                                                  |                   | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                     |                 |     |     |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |    | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                              |                                                                                  |                   | Area señalizada y aislada                                             |                 |     |     |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      |    | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra(vientos)?                                                        |                                                                                  |                   | Se tienen identificados los riesgos de la labor                       |                 |     |     |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |    |                                                                                                             |                                                                                  |                   | SUSTANCIAS QUÍMICAS                                                   |                 |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI                   | NO | N/A                                                                                                         |                                                                                  | SI                | NO                                                                    | N/A             |     |     |
| ¿El área de trabajo al inicio y final esta limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |    |                                                                                                             | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? |                   |                                                                       |                 |     |     |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |    |                                                                                                             | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                |                   |                                                                       |                 |     |     |
| Los abajo firmantes confirman que el area de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente. |                      |    |                                                                                                             |                                                                                  |                   |                                                                       |                 |     |     |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |    |                                                                                                             |                                                                                  |                   |                                                                       |                 |     |     |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NOMBRE Y APELLIDO    |    |                                                                                                             | CEDULA                                                                           | FIRMA DE APERTURA |                                                                       | FIRMA DE CIERRE |     |     |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Duvan Reyes          |    |                                                                                                             | 1002461522                                                                       | [Firma]           |                                                                       | [Firma]         |     |     |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Hermes Javer Pedraza |    |                                                                                                             | 91396.978                                                                        | [Firma]           |                                                                       | [Firma]         |     |     |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | KAREN VIVIANA GIRON  |    |                                                                                                             | 1.059604.023                                                                     | [Firma]           |                                                                       | [Firma]         |     |     |



| SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO                                     |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                                                                                               |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    | CODIGO: SST-CSS-FT-01                 |     |                                                                                                              |                                     |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|-------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------|-------------------------------------|-----------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|-------------------------------------|--------------|-------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|--|--|--|
| FORMATO PERMISO DE TRABAJO                                                             |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                                                                                               |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    | VERSION: 001                          |     |                                                                                                              |                                     |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| Elaboro: Consultor SST                                                                 |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                                                                                               |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    | Aprobó: Representante legal           |     |                                                                                                              |                                     |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| Elaboro: Consultor SST                                                                 |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                                                                                               |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    | FECHA: 1/07/2025                      |     |                                                                                                              |                                     |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| Elaboro: Consultor SST                                                                 |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                                                                                               |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    | Página 1 de 2                         |     |                                                                                                              |                                     |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| CENTRO DE TRABAJO                                                                      | AREA/ LUGAR                         | FECHA DE INICIO                     | HORA DE INICIO        | FECHA DE FINALIZACIÓN               | HORA FINAL                          | TIPO DE TRABAJO                                                                                               | RUTINARIO                                                       | RESPONSABLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |                                       |     |                                                                                                              |                                     |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| Duitama                                                                                | Para Pedregal                       | 21-02-2025                          | 7:00am                | 21-02-2025                          | 5:00 PM                             |                                                                                                               | NO RUTINARIO <input checked="" type="checkbox"/>                | Javier Pedraza                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                                       |     |                                                                                                              |                                     |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD                                                            |                                     |                                     |                       |                                     |                                     | ¿ALTIMETRIA APROXIMADA DE LA ACTIVIDAD? (mts)                                                                 |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                       |     |                                                                                                              |                                     |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| Mantenimiento botenas sanitarias                                                       |                                     |                                     |                       |                                     |                                     | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>    |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                       |     |                                                                                                              |                                     |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR                                                      |                                     |                                     |                       |                                     |                                     | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                       |     |                                                                                                              |                                     |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| Herramienta mano                                                                       |                                     |                                     |                       |                                     |                                     | ¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>        |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                       |     |                                                                                                              |                                     |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| TRABAJADORES AUTORIZADOS                                                               |                                     |                                     |                       |                                     |                                     | REQUERIMIENTO DE APTITUD                                                                                      |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                       |     |                                                                                                              |                                     |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION                                             |                                     |                                     |                       | CARGO                               |                                     | Óptimas condiciones de salud                                                                                  |                                                                 | Seguridad social vigente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    | ¿Están calificados para la actividad? |     | Si trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentran aptos para su uso |                                     | Firma                                                                               |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
|                                                                                        |                                     |                                     |                       |                                     |                                     | SI                                                                                                            | NO                                                              | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | NO | SI                                    | NO  | SI                                                                                                           | NO                                  |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| 1. Duvan Reyes                                                                         |                                     |                                     |                       | Residente O.                        |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                           |                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    | <input checked="" type="checkbox"/>   |     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |                                     |  |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| 2. Lobero Jhona Ortiz Alvarez                                                          |                                     |                                     |                       | Aux. Obra                           |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                           |                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    | <input checked="" type="checkbox"/>   |     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |                                     |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| 3. Himes Javiu Pedraza                                                                 |                                     |                                     |                       | Maestro                             |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                           |                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    | <input checked="" type="checkbox"/>   |     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |                                     |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| 4. Karen Giron                                                                         |                                     |                                     |                       | Residente                           |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                           |                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    | <input checked="" type="checkbox"/>   |     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |                                     |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| 5. Luis Alejandro Vega                                                                 |                                     |                                     |                       | Aux                                 |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                           |                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    | <input checked="" type="checkbox"/>   |     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |                                     |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| 6. Manuel Salamea                                                                      |                                     |                                     |                       | Aux                                 |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                           |                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    | <input checked="" type="checkbox"/>   |     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |                                     |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| 7. Ramin Avella                                                                        |                                     |                                     |                       | Au                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                           |                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    | <input checked="" type="checkbox"/>   |     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |                                     |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| 8. Parmenio Cerna                                                                      |                                     |                                     |                       | maestro                             |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                           |                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    | <input checked="" type="checkbox"/>   |     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |                                     |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| 9.                                                                                     |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                                                                                               |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                       |     |                                                                                                              |                                     |  |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| 10.                                                                                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                                                                                               |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                       |     |                                                                                                              |                                     |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| 11.                                                                                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                                                                                               |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                       |     |                                                                                                              |                                     |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| 12.                                                                                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                                                                                               |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                       |     |                                                                                                              |                                     |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| 13.                                                                                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                                                                                               |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                       |     |                                                                                                              |                                     |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| 14.                                                                                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                                                                                               |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                       |     |                                                                                                              |                                     |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                            |                                     |                                     |                       |                                     |                                     | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ( seleccione según corresponda )                                                   |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                       |     |                                                                                                              |                                     |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| SI                                                                                     |                                     | NO                                  |                       | SI                                  |                                     | NO                                                                                                            |                                                                 | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Guantes de soldador</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Monogafas</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Golpe por objeto en movimiento</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Atrapamiento del cuerpo</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Protección facial</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Montera</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Golpeado por carga suspendida</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Proyección de partículas</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Botas de seguridad</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Overol</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Golpeado contra objeto o estructura</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Explosión</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Guantes nitrilo</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Casco</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Caida al mismo nivel</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Intoxicación</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Gafas de seguridad</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Mascarilla media cara</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Contacto con energía eléctrica</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Contactos de sustancias tóxicas</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Guantes vaqueta</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Filtros</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |    |                                       |     | Guantes de soldador                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>                                                 | Monogafas | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Golpe por objeto en movimiento | <input checked="" type="checkbox"/> | Atrapamiento del cuerpo | <input checked="" type="checkbox"/> | Protección facial | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Montera | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Golpeado por carga suspendida | <input checked="" type="checkbox"/> | Proyección de partículas | <input checked="" type="checkbox"/> | Botas de seguridad | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Overol | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Golpeado contra objeto o estructura | <input checked="" type="checkbox"/> | Explosión | <input checked="" type="checkbox"/> | Guantes nitrilo | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Casco | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Caida al mismo nivel | <input checked="" type="checkbox"/> | Intoxicación | <input checked="" type="checkbox"/> | Gafas de seguridad | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Mascarilla media cara | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Contacto con energía eléctrica | <input checked="" type="checkbox"/> | Contactos de sustancias tóxicas | <input checked="" type="checkbox"/> | Guantes vaqueta | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Filtros | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |  |  |  |  |
| Guantes de soldador                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Monogafas             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Golpe por objeto en movimiento                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/>                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                       |     | Atrapamiento del cuerpo                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| Protección facial                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Montera               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Golpeado por carga suspendida                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/>                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                       |     | Proyección de partículas                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| Botas de seguridad                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Overol                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Golpeado contra objeto o estructura                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/>                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                       |     | Explosión                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| Guantes nitrilo                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Casco                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Caida al mismo nivel                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/>                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                       |     | Intoxicación                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| Gafas de seguridad                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Mascarilla media cara | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Contacto con energía eléctrica                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/>                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                       |     | Contactos de sustancias tóxicas                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| Guantes vaqueta                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Filtros               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                                               |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                       |     |                                                                                                              |                                     |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGÚN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                                                                                               |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                       |     |                                                                                                              |                                     |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| TRABAJO EN ALTURAS                                                                     |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                                                                                               |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                       |     |                                                                                                              |                                     |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN                                                                  | SI                                  | NO                                  | N/A                   | SISTEMA DE ACCESO                   | SI                                  | NO                                                                                                            | N/A                                                             | Control Trabajo en Alturas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SI | NO                                    | N/A |                                                                                                              |                                     |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| Delimitación del área                                                                  |                                     |                                     |                       | Andamios                            |                                     |                                                                                                               |                                                                 | ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |                                       |     |                                                                                                              |                                     |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| Ayudante de seguridad                                                                  |                                     |                                     |                       | Escalera                            |                                     |                                                                                                               |                                                                 | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas u objetos de trabajo?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |                                       |     |                                                                                                              |                                     |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| Verificación de puntos de anclaje                                                      |                                     |                                     |                       | Elevador                            |                                     |                                                                                                               |                                                                 | ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |                                       |     |                                                                                                              |                                     |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| Señalización del área                                                                  |                                     |                                     |                       | Grúa con canasta                    |                                     |                                                                                                               |                                                                 | ¿Las escaleras y pasarelas cuentan con barandas y rodapiés?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |                                       |     |                                                                                                              |                                     |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| Línea de advertencia                                                                   |                                     |                                     |                       | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO        |                                     |                                                                                                               | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas? |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                       |     |                                                                                                              |                                     |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| Trabajo en suspensión                                                                  |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                                                                                               | ¿Cuenta con los epps requeridos?                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                       |     |                                                                                                              |                                     |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| Control de acceso                                                                      |                                     |                                     |                       | Posicionamiento                     |                                     |                                                                                                               |                                                                 | ¿Se realizó inspección de EPCC?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                       |     |                                                                                                              |                                     |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| Barandas                                                                               |                                     |                                     |                       | Restricción                         |                                     |                                                                                                               |                                                                 | ¿Se verificó competencias de los trabajadores?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                                       |     |                                                                                                              |                                     |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |
| ¿Otros? ¿Cuales?                                                                       |                                     |                                     |                       | Detención                           |                                     |                                                                                                               |                                                                 | ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |                                       |     |                                                                                                              |                                     |                                                                                     |           |                                     |                                     |                                |                                     |                         |                                     |                   |                                     |                                     |         |                                     |                                     |                               |                                     |                          |                                     |                    |                                     |                                     |        |                                     |                                     |                                     |                                     |           |                                     |                 |                                     |                                     |       |                                     |                                     |                      |                                     |              |                                     |                    |                                     |                                     |                       |                                     |                                     |                                |                                     |                                 |                                     |                 |                                     |                                     |         |                                     |                                     |  |  |  |  |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                     |                          |                                                                                                             |                                     |                          |                                                                       |                                                                                  |                                     |                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                          | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                                   |                                     |                          | SI                                                                    | NO                                                                               | N/A                                 |                                     |
| Selección                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SI                                  | NO                       |                                                                                                             |                                     |                          |                                                                       |                                                                                  |                                     |                                     |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                            |                                     |                          | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                                 |                                     |                          | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| Gorro tipo arabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y están en buen estado                                        |                                     |                          | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Acceso al área fue restringido                                                                              |                                     |                          | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                        |                                     |                          | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | La maquinaria amarilla cuenta con las condiciones aptas para la ejecución                                   |                                     |                          | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |                          | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                     |                                     |                          | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                          | IZAJE DE CARGAS                                                                                             |                                     |                          | BLOQUEO ENERGÍAS PELIGROSAS                                           |                                                                                  |                                     |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI                                  | NO                       |                                                                                                             | SI                                  | NO                       |                                                                       | SI                                                                               | NO                                  | N/A                                 |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente están libre de sustancias?                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a movilizar? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autorización de oficial de bloqueo                                    | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Corte visible de las fuentes de energías                              | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Cuenta con extinguidor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Los certificados de operador y aparejador están acorde a la capacidad del equipo a operar?                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energía | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Área señalizada y aislada                                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra (vientos)?                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Se tienen identificados los riesgos de la labor                       | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                          |                                                                                                             |                                     | SUSTANCIAS QUÍMICAS      |                                                                       |                                                                                  |                                     |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI                                  | NO                       | N/A                                                                                                         |                                     | SI                       | NO                                                                    | N/A                                                                              |                                     |                                     |
| ¿El área de trabajo al inicio y final está limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                     |                          |                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                              | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |                          |                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                              | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| Los abajo firmantes confirman que el área de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente. |                                     |                          |                                                                                                             |                                     |                          |                                                                       |                                                                                  |                                     |                                     |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                          |                                                                                                             |                                     |                          |                                                                       |                                                                                  |                                     |                                     |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NOMBRE Y APELLIDO                   |                          |                                                                                                             | CEDULA                              | FIRMA DE APERTURA        | FIRMA DE CIERRE                                                       |                                                                                  |                                     |                                     |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Duvan Reyes                         |                          |                                                                                                             | 1002461522                          |                          |                                                                       |                                                                                  |                                     |                                     |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Hermes Javier Padilla               |                          |                                                                                                             | 91396-979                           |                          |                                                                       |                                                                                  |                                     |                                     |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Kalen Giron                         |                          |                                                                                                             | 1057.604.023                        |                          |                                                                       |                                                                                  |                                     |                                     |







| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |    |                                                                                                             |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |    | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                                   |                                                                                  |                     | SI                                                                    | NO  | N/A |     |
| Seleccione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SI                   | NO |                                                                                                             |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
| Quantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      | /  | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                            |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                      | /  | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                                 |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
| Gorro tipo arabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                      | /  | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y estan en buen estado                                        |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                      | /  | Acceso al area fue restringido                                                                              |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                      | /  | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                        |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      | /  | La maquinaria amarilla cuenta con las condiciones aptas para la ejecución                                   |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                      | /  | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                     |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                      |    | IZAJE DE CARGAS                                                                                             |                                                                                  |                     | BLOQUEO ENERGIAS PELIGROSAS                                           |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SI                   | NO |                                                                                                             | SI                                                                               | NO                  |                                                                       | SI  | NO  | N/A |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente estan libre y/o aisladas de sustancias?                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      | /  | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a movilizar? |                                                                                  | /                   | Autorización de oficial de bloqueo                                    |     |     |     |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      | /  | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                              |                                                                                  | /                   | Corte visible de las fuentes de energias                              |     |     |     |
| ¿Cuentan con extintor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                      | /  | ¿Los certificados de operador y aparejador estan acorde a la capacidad del equipo a operar?                 |                                                                                  | /                   | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energia |     |     |     |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      | /  | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                    |                                                                                  | /                   | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                     |     |     |     |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                      | /  | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                              |                                                                                  | /                   | Area señalizada y aislada                                             |     |     |     |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                      | /  | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra (vientos)?                                                       |                                                                                  | /                   | Se tienen identificados los riesgos de la labor                       |     |     |     |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |    |                                                                                                             |                                                                                  | SUSTANCIAS QUIMICAS |                                                                       |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SI                   | NO | N/A                                                                                                         |                                                                                  | SI                  | NO                                                                    | N/A |     |     |
| ¿El área de trabajo al inicio y final esta limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | /                    |    |                                                                                                             | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? |                     |                                                                       |     |     |     |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |    | /                                                                                                           | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                |                     |                                                                       |     |     |     |
| <p>Los abajo firmantes confirman que el area de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente.</p> |                      |    |                                                                                                             |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |    |                                                                                                             |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                      |    |                                                                                                             |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NOMBRE Y APELLIDO    |    | CEDULA                                                                                                      | FIRMA DE APERTURA                                                                | FIRMA DE CIERRE     |                                                                       |     |     |     |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Duvan Reyes          |    | 100 246 1522                                                                                                |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Hermes Javier Polara |    | 9'396.978                                                                                                   |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Karen Giron          |    | 1.057.604.023                                                                                               |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |





## SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CODIGO: SST-CSS-FT-01

VERSION: 001

## FORMATO PERMISO DE TRABAJO

FECHA: 1/07/2025

Elaboró: Consultor SST

Aprobó: Representante legal

Página 1 de 2

|                                   |                                      |                 |                |                       |            |                                            |           |                |
|-----------------------------------|--------------------------------------|-----------------|----------------|-----------------------|------------|--------------------------------------------|-----------|----------------|
| CENTRO DE TRABAJO                 | AREA/ LUGAR                          | FECHA DE INICIO | HORA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN | HORA FINAL | TIPO DE TRABAJO                            | RUTINARIO | RESPONSABLE    |
| DSTAMA                            | SENA                                 | 24.07.26        | 7:00am         | 24.07.26              | 12:00pm    | NO RUTINARIO                               | Y         | JAVIER PEDRAZA |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD       | MANTENIMIENTO DE BATERIAS SANITARIAS |                 |                |                       |            | ¿ALTA APROXIMADA DE LA ACTIVIDAD? (mts)    |           |                |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR | HERRAMIENTA MENOR                    |                 |                |                       |            | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO?    |           |                |
|                                   |                                      |                 |                |                       |            | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO? |           |                |
|                                   |                                      |                 |                |                       |            | ¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL?        |           |                |

## TRABAJADORES AUTORIZADOS

## REQUERIMIENTO DE APTITUD

| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION | CARGO         | Óptimas condiciones de salud |    | Seguridad social vigente |    | ¿Están calificados para la actividad? |    | El trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentran aptos para su uso |    | Firma  |
|--------------------------------------------|---------------|------------------------------|----|--------------------------|----|---------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------|
|                                            |               | SI                           | NO | SI                       | NO | SI                                    | NO | SI                                                                                                           | NO |        |
| 1. Karen Giron                             | Residente SST | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | JWG    |
| 2. Isobel Johana Ortiz Alvarez             | Ax. Obra      | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | Isobel |
| 3. Duvan Reyes                             | Residente O   | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | Duvan  |
| 4. Hermes Javier Pedraza                   | Maestro       | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | HJP    |
| 5. Luis Alejandro Vega                     | Aux           | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | LAV    |
| 6. Yaniel Alejandro Salamanca              | Aux           | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | YAS    |
| 7. Raimundo Herrera                        | Ita           | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | RH     |
| 8. Germano Cerón                           | Maestro       | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | GC     |
| 9.                                         |               |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |        |
| 10.                                        |               |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |        |
| 11.                                        |               |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |        |
| 12.                                        |               |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |        |
| 13.                                        |               |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |        |
| 14.                                        |               |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |        |

## ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS

## IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ( seleccione según corresponda )

|                     | SI | NO |                       | SI | NO |
|---------------------|----|----|-----------------------|----|----|
| Guantes de soldador |    | X  | Monogafas             |    | X  |
| Protección facial   |    | X  | Montera               |    | X  |
| Botas de seguridad  | X  |    | Overol                | X  |    |
| Guantes nitrilo     | X  |    | Casco                 | X  |    |
| Gafas de seguridad  | X  |    | Mascarilla media cara |    | X  |
| Guantes vaqueta     |    | X  | Filtros               |    | X  |

|                                     |   |                                 |
|-------------------------------------|---|---------------------------------|
| Golpe por objeto en movimiento      |   | Atrapamiento del cuerpo         |
| Golpeado por carga suspendida       |   | Proyección de partículas        |
| Golpeado contra objeto o estructura |   | Explosión                       |
| Caida al mismo nivel                | X | Intoxicación                    |
| Contacto con energía eléctrica      |   | Contactos de sustancias tóxicas |

## A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGUN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

## TRABAJO EN ALTURAS

| MEDIDAS DE PREVENCIÓN             | SI | NO | N/A | SISTEMA DE ACCESO            | SI | NO | N/A | Control Trabajo en Alturas                                                                  | SI | NO | N/A |
|-----------------------------------|----|----|-----|------------------------------|----|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----|
| Delimitación del área             |    |    |     | Andamios                     |    |    |     | ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre? |    |    |     |
| Ayudante de seguridad             |    |    |     | Escalera                     |    |    |     | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas u objetos de trabajo?                       |    |    |     |
| Verificación de puntos de anclaje |    |    |     | Elevador                     |    |    |     | ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?        |    |    |     |
| Señalización del área             |    |    |     | Grúa con canasta             |    |    |     | ¿Las escaleras y pasarelas cuentan con barandas y rodapiés?                                 |    |    |     |
| Línea de advertencia              |    |    |     | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO |    |    |     | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas?                             |    |    |     |
| Trabajo en suspensión             |    |    |     |                              |    |    |     | ¿Cuenta con los epps requeridos?                                                            |    |    |     |
| Control de acceso                 |    |    |     | Posicionamiento              |    |    |     | ¿Se realizó inspección de EPCC?                                                             |    |    |     |
| Barandas                          |    |    |     | Restricción                  |    |    |     | ¿Se verificó competencias de los trabajadores?                                              |    |    |     |
| ¿Otros? ¿Cuales?                  |    |    |     | Detención                    |    |    |     | ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                                       |    |    |     |



| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |    | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                               |                                                                                  |                   | DEMOLICIÓN                                                            |     |     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|
| Seleccione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SI                  | NO |                                                                                                         |                                                                                  |                   | SI                                                                    | NO  | N/A |     |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | /                   |    | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                        |                                                                                  |                   | /                                                                     |     |     |     |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | /                   |    | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                             |                                                                                  |                   | /                                                                     |     |     |     |
| Gorro tipo arabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | /                   |    | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y estan en buen estado                                    |                                                                                  |                   | /                                                                     |     |     |     |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | /                   |    | Acceso al area fue restringido                                                                          |                                                                                  |                   | /                                                                     |     |     |     |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | /                   |    | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                    |                                                                                  |                   | /                                                                     |     |     |     |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | /                   |    | La maquinaria amarilla cuenta con las condiciones aptas para la ejecución                               |                                                                                  |                   | /                                                                     |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |    | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                 |                                                                                  |                   | /                                                                     |     |     |     |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |    | IZAJE DE CARGAS                                                                                         |                                                                                  |                   | BLOQUEO ENERGÍAS PELIGROSAS                                           |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SI                  | NO |                                                                                                         | SI                                                                               | NO                |                                                                       | SI  | NO  | N/A |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente estan libre de sustancias?                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | /                   |    | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a mover? | /                                                                                |                   | Autorización de oficial de bloqueo                                    | /   |     |     |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | /                   |    | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                          | /                                                                                |                   | Corte visible de las fuentes de energías                              | /   |     |     |
| ¿Cuenta con extinguidor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | /                   |    | ¿Los certificados de operador y aparejador estan acorde a la capacidad del equipo a operar?             | /                                                                                |                   | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energía | /   |     |     |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | /                   |    | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                | /                                                                                |                   | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                     | /   |     |     |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | /                   |    | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                          | /                                                                                |                   | Area señalizada y aislada                                             | /   |     |     |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | /                   |    | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra(vientos)?                                                    | /                                                                                |                   | Se tienen identificados los riesgos de la labor                       | /   |     |     |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |    | SUSTANCIAS QUÍMICAS                                                                                     |                                                                                  |                   |                                                                       |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SI                  | NO | N/A                                                                                                     |                                                                                  | SI                | NO                                                                    | N/A |     |     |
| ¿El área de trabajo al inicio y final esta limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | /                   |    |                                                                                                         | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? | /                 |                                                                       |     |     |     |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                              | /                   |    |                                                                                                         | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                | /                 |                                                                       |     |     |     |
| <p>Los abajo firmantes confirman que el area de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente.</p> |                     |    |                                                                                                         |                                                                                  |                   |                                                                       |     |     |     |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |    |                                                                                                         |                                                                                  |                   |                                                                       |     |     |     |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NOMBRE Y APELLIDO   |    |                                                                                                         | CEDULA                                                                           | FIRMA DE APERTURA | FIRMA DE CIERRE                                                       |     |     |     |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Duvan Reyes         |    |                                                                                                         | 1002 461 522                                                                     | [Firma]           | [Firma]                                                               |     |     |     |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Homer Javer Pedraza |    |                                                                                                         | 9'396. 978                                                                       | [Firma]           | [Firma]                                                               |     |     |     |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | KAREN UNIANA GIRON  |    |                                                                                                         | 1.059 601.023                                                                    | [Firma]           | [Firma]                                                               |     |     |     |





## SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CODIGO: SST-CSS-FT-01

VERSION:001

## FORMATO PERMISO DE TRABAJO

FECHA: 1/07/2025

Elaboró: Consultor SST

Aprobó: Representante legal

Página 1 de 2

|                                   |                                 |                 |                |                       |            |                                            |                                                                    |                |
|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------|----------------|-----------------------|------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------|
| CENTRO DE TRABAJO                 | AREA/ LUGAR                     | FECHA DE INICIO | HORA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN | HORA FINAL | TIPO DE TRABAJO                            | RUTINARIO                                                          | RESPONSABLE    |
| Durama                            | Ena-Ortega                      | 26.01.25        | 7:00 am        | 26.01.2025            | 5:00 pm    |                                            | NO RUTINARIO Y                                                     | Javier Pedraza |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD       | Mantenimiento baterías Santaros |                 |                |                       |            | ¿ALTIMA APROXIMADA DE LA ACTIVIDAD? (mts)  |                                                                    | N/A            |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR | Herramienta manual              |                 |                |                       |            | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO?    | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                |
|                                   |                                 |                 |                |                       |            | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO? | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                |
|                                   |                                 |                 |                |                       |            | ¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL?        | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                |

| TRABAJADORES AUTORIZADOS                   |                             |  |  | REQUERIMIENTO DE APTITUD |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              | Firma |    |             |
|--------------------------------------------|-----------------------------|--|--|--------------------------|------------------------------|----|--------------------------|----|---------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----|-------------|
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION |                             |  |  | CARGO                    | Óptimas condiciones de salud |    | Seguridad social vigente |    | ¿Están calificados para la actividad? |    | El trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentran aptos para su uso |       |    |             |
|                                            |                             |  |  |                          | SI                           | NO | SI                       | NO | SI                                    | NO | SI                                                                                                           |       | NO |             |
| 1.                                         | Duran Reyes                 |  |  | Residente O              | x                            |    | X                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       |    | [Signature] |
| 2.                                         | Manuel Alvarado Salameiro   |  |  | Aux Obra                 | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       |    |             |
| 3.                                         | Ysabel Johana Ortiz Alvarez |  |  | Aux Obra                 | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       |    | [Signature] |
| 4.                                         | Javier Pedraza              |  |  | Maestro                  | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       |    |             |
| 5.                                         | Luis Alejandro Vega         |  |  | Aux                      | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       |    | Luis Vega   |
| 6.                                         | Karen Giron                 |  |  | Residente SST            | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       |    |             |
| 7.                                         | Romiro Arrio                |  |  | Aux                      | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       |    | [Signature] |
| 8.                                         | Jannemio Cerón              |  |  | Maestro                  | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       |    |             |
| 9.                                         |                             |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |    | [Signature] |
| 10.                                        |                             |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |    |             |
| 11.                                        |                             |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |    |             |
| 13.                                        |                             |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |    |             |
| 14.                                        |                             |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |    |             |

| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS |    |    |                       |    |    | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ( seleccione según corresponda ) |  |                                 |
|---------------------------------------------|----|----|-----------------------|----|----|-------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|
|                                             | SI | NO |                       | SI | NO |                                                             |  |                                 |
| Guantes de soldador                         |    |    | Monogafas             |    |    | Golpe por objeto en movimiento                              |  | Atrapamiento del cuerpo         |
| Protección facial                           |    |    | Montera               |    |    | Golpeado por carga suspendida                               |  | Proyección de partículas        |
| Botas de seguridad                          |    |    | Overol                |    |    | Golpeado contra objeto o estructura                         |  | Explosión                       |
| Guantes nitrilo                             |    |    | Casco                 |    |    | Caída al mismo nivel                                        |  | Intoxicación                    |
| Gafas de seguridad                          |    |    | Mascarilla media cara |    |    | Contacto con energía eléctrica                              |  | Contactos de sustancias tóxicas |
| Guantes vaqueta                             |    |    | Filtros               |    |    |                                                             |  |                                 |

A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGÚN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

| TRABAJO EN ALTURAS                |    |    |     |                              |    |    |     |                                                                                             |    |    |     |
|-----------------------------------|----|----|-----|------------------------------|----|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----|
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN             | SI | NO | N/A | SISTEMA DE ACCESO            | SI | NO | N/A | Control Trabajo en Alturas                                                                  | SI | NO | N/A |
| Delimitación del área             |    |    |     | Andamios                     |    |    |     | ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre? |    |    |     |
| Ayudante de seguridad             |    |    |     | Escalera                     |    |    |     | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas u objetos de trabajo?                       |    |    |     |
| Verificación de puntos de anclaje |    |    |     | Elevador                     |    |    |     | ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?        |    |    |     |
| Señalización del área             |    |    |     | Grúa con canasta             |    |    |     | ¿Las escaleras y pasarelas cuentan con barandas y rodapiés?                                 |    |    |     |
| Línea de advertencia              |    |    |     | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO |    |    |     | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas?                             |    |    |     |
| Trabajo en suspensión             |    |    |     |                              |    |    |     | ¿Cuenta con los epps requeridos?                                                            |    |    |     |
| Control de acceso                 |    |    |     | Posicionamiento              |    |    |     | ¿Se realizó inspección de EPCC?                                                             |    |    |     |
| Barandas                          |    |    |     | Restricción                  |    |    |     | ¿Se verificó competencias de los trabajadores?                                              |    |    |     |
| ¿Otros? ¿Cuales?                  |    |    |     | Detención                    |    |    |     | ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                                       |    |    |     |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                     |                          |                                                                                                         |                                                                                  |                                     |                                                                       |                          |                          |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                          | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                               |                                                                                  |                                     |                                                                       |                          |                          |                          |
| Seleccione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SI                                  | NO                       |                                                                                                         |                                                                                  |                                     | SI                                                                    | NO                       | N/A                      |                          |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                        |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                             |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Gorro tipo arabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y están en buen estado                                    |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Acceso al área fue restringido                                                                          |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                    |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | La maquinaria amarilla cuenta con las condiciones aptas para la ejecución                               |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |                          | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                 |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                          | IZAJE DE CARGAS                                                                                         |                                                                                  |                                     | BLOQUEO ENERGIAS PELIGROSAS                                           |                          |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI                                  | NO                       |                                                                                                         | SI                                                                               | NO                                  |                                                                       | SI                       | NO                       | N/A                      |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente están libre de sustancias?                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a mover? | <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/>            | Autorización de oficial de bloqueo                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                          | <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/>            | Corte visible de las fuentes de energías                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Cuenta con señalización?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | ¿Los certificados de operador y aparejador están acorde a la capacidad del equipo a operar?             | <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/>            | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                | <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/>            | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                          | <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/>            | Área señalizada y aislada                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra (vientos)?                                                   | <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/>            | Se tienen identificados los riesgos de la labor                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                          | SUSTANCIAS QUIMICAS                                                                                     |                                                                                  |                                     |                                                                       |                          |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI                                  | NO                       | N/A                                                                                                     |                                                                                  | SI                                  | NO                                                                    | N/A                      |                          |                          |
| ¿El área de trabajo al inicio y final está limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                     | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| Los abajo firmantes confirman que el área de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente. |                                     |                          |                                                                                                         |                                                                                  |                                     |                                                                       |                          |                          |                          |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                          |                                                                                                         |                                                                                  |                                     |                                                                       |                          |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |                          |                                                                                                         |                                                                                  |                                     |                                                                       |                          |                          |                          |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NOMBRE Y APELLIDO                   |                          |                                                                                                         | CEDULA                                                                           | FIRMA DE APERTURA                   | FIRMA DE CIERRE                                                       |                          |                          |                          |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Duran Danilo Reyes                  |                          |                                                                                                         | 1002461522                                                                       |                                     |                                                                       |                          |                          |                          |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Hermes Javier Pedraza               |                          |                                                                                                         | 91396978                                                                         |                                     |                                                                       |                          |                          |                          |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Karen Viviana Giron                 |                          |                                                                                                         | 1057604023                                                                       |                                     |                                                                       |                          |                          |                          |



| SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO                                     |             |                 |                |                       |                              |                                            |                 |                                                                    |    | CODIGO: SST-CSS-FT-41                 |                                                                                             |                                                                                                              |    |                                  |    |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------|----------------|-----------------------|------------------------------|--------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------|----|-----|
| FORMATO PERMISO DE TRABAJO                                                             |             |                 |                |                       |                              |                                            |                 |                                                                    |    | VERSION: 001                          |                                                                                             |                                                                                                              |    |                                  |    |     |
| Elaboro: Consultor SST                                                                 |             |                 |                |                       |                              |                                            |                 |                                                                    |    | Aprobó: Representante legal           |                                                                                             |                                                                                                              |    |                                  |    |     |
| Elaboro: Consultor SST                                                                 |             |                 |                |                       |                              |                                            |                 |                                                                    |    | FECHA: 1/07/2025                      |                                                                                             |                                                                                                              |    |                                  |    |     |
| Elaboro: Consultor SST                                                                 |             |                 |                |                       |                              |                                            |                 |                                                                    |    | Página 1 de 2                         |                                                                                             |                                                                                                              |    |                                  |    |     |
| CENTRO DE TRABAJO                                                                      | AREA/ LUGAR | FECHA DE INICIO | HORA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN | HORA FINAL                   | TIPO DE TRABAJO                            | ROUTINARIO      | RESPONSABLE                                                        |    |                                       |                                                                                             |                                                                                                              |    |                                  |    |     |
| Duloma                                                                                 | Cedeagro    | 27.07.26        | 7:00am         | 27.07.2026            | 5:00 PM                      |                                            | NO ROUTINARIO X | Javier Pedraza                                                     |    |                                       |                                                                                             |                                                                                                              |    |                                  |    |     |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD                                                            |             |                 |                |                       |                              | ¿ALTIMA APROXIMADA DE LA ACTIVIDAD? (mts)  |                 | N/A                                                                |    |                                       |                                                                                             |                                                                                                              |    |                                  |    |     |
| Mantenimiento baterías Sanitarias                                                      |             |                 |                |                       |                              | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO?    |                 | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |    |                                       |                                                                                             |                                                                                                              |    |                                  |    |     |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR                                                      |             |                 |                |                       |                              | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO? |                 | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |    |                                       |                                                                                             |                                                                                                              |    |                                  |    |     |
| Herramienta manual                                                                     |             |                 |                |                       |                              | ¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL?        |                 | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |    |                                       |                                                                                             |                                                                                                              |    |                                  |    |     |
| TRABAJADORES AUTORIZADOS                                                               |             |                 |                |                       |                              | REQUERIMIENTO DE APTITUD                   |                 |                                                                    |    |                                       |                                                                                             |                                                                                                              |    |                                  |    |     |
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES (IDENTIFICACION)                                            |             |                 |                | CARGO                 |                              | Óptimas condiciones de salud               |                 | Seguridad social vigente                                           |    | ¿Están calificados para la actividad? |                                                                                             | El trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentran aptos para su uso |    | Firma                            |    |     |
|                                                                                        |             |                 |                |                       |                              | SI                                         | NO              | SI                                                                 | NO | SI                                    | NO                                                                                          | SI                                                                                                           | NO |                                  |    |     |
| 1. Duván Reyes                                                                         |             |                 |                | Residente 0           |                              | X                                          |                 | X                                                                  |    | X                                     |                                                                                             | X                                                                                                            |    | [Firma]                          |    |     |
| 2. Javier Pedraza                                                                      |             |                 |                | Maestro               |                              | X                                          |                 | X                                                                  |    | X                                     |                                                                                             | X                                                                                                            |    | [Firma]                          |    |     |
| 3. Luis Alejandro Vega                                                                 |             |                 |                | Xox                   |                              | X                                          |                 | X                                                                  |    | X                                     |                                                                                             | X                                                                                                            |    | [Firma]                          |    |     |
| 4. Karen Ginn                                                                          |             |                 |                | Pendiente SST         |                              | X                                          |                 | X                                                                  |    | X                                     |                                                                                             | X                                                                                                            |    | [Firma]                          |    |     |
| 5. Robert Johana Ortiz Alvarez                                                         |             |                 |                | Aux Obra              |                              | X                                          |                 | X                                                                  |    | X                                     |                                                                                             | X                                                                                                            |    | [Firma]                          |    |     |
| 6. Manuel Nyacho Salameon                                                              |             |                 |                | Aux. Obra             |                              | X                                          |                 | X                                                                  |    | X                                     |                                                                                             | X                                                                                                            |    | [Firma]                          |    |     |
| 7. Ramiro Avella                                                                       |             |                 |                | Itva                  |                              | X                                          |                 | X                                                                  |    | X                                     |                                                                                             | X                                                                                                            |    | [Firma]                          |    |     |
| 8. Ramiro Ceiza                                                                        |             |                 |                | Muestro               |                              | X                                          |                 | X                                                                  |    | X                                     |                                                                                             | X                                                                                                            |    | [Firma]                          |    |     |
| 9.                                                                                     |             |                 |                |                       |                              |                                            |                 |                                                                    |    |                                       |                                                                                             |                                                                                                              |    |                                  |    |     |
| 10.                                                                                    |             |                 |                |                       |                              |                                            |                 |                                                                    |    |                                       |                                                                                             |                                                                                                              |    |                                  |    |     |
| 11.                                                                                    |             |                 |                |                       |                              |                                            |                 |                                                                    |    |                                       |                                                                                             |                                                                                                              |    |                                  |    |     |
| 12.                                                                                    |             |                 |                |                       |                              |                                            |                 |                                                                    |    |                                       |                                                                                             |                                                                                                              |    |                                  |    |     |
| 13.                                                                                    |             |                 |                |                       |                              |                                            |                 |                                                                    |    |                                       |                                                                                             |                                                                                                              |    |                                  |    |     |
| 14.                                                                                    |             |                 |                |                       |                              |                                            |                 |                                                                    |    |                                       |                                                                                             |                                                                                                              |    |                                  |    |     |
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                            |             |                 |                |                       |                              |                                            |                 |                                                                    |    |                                       |                                                                                             | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ( seleccione según corresponda )                                                  |    |                                  |    |     |
| SI                                                                                     |             | NO              |                | SI                    |                              | NO                                         |                 |                                                                    |    |                                       |                                                                                             |                                                                                                              |    |                                  |    |     |
| Guantes de soldador                                                                    |             |                 |                | Monogafas             |                              |                                            |                 | Golpe por objeto en movimiento                                     |    |                                       |                                                                                             | Atrapamiento del cuerpo                                                                                      |    |                                  |    |     |
| Protección facial                                                                      |             |                 |                | Montera               |                              |                                            |                 | Golpeado por carga suspendida                                      |    |                                       |                                                                                             | Proyección de partículas                                                                                     |    |                                  |    |     |
| Botas de seguridad                                                                     |             |                 |                | Overol                |                              |                                            |                 | Golpeado contra objeto o estructura                                |    |                                       |                                                                                             | Explosión                                                                                                    |    |                                  |    |     |
| Guantes nitrilo                                                                        |             |                 |                | Casco                 |                              |                                            |                 | Caída al mismo nivel                                               |    |                                       |                                                                                             | Intoxicación                                                                                                 |    |                                  |    |     |
| Gafas de seguridad                                                                     |             |                 |                | Mascarilla media cara |                              |                                            |                 | Contacto con energía eléctrica                                     |    |                                       |                                                                                             | Contactos de sustancias tóxicas                                                                              |    |                                  |    |     |
| Guantes vaqueta                                                                        |             |                 |                | Filtros               |                              |                                            |                 |                                                                    |    |                                       |                                                                                             |                                                                                                              |    |                                  |    |     |
| A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGÚN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |             |                 |                |                       |                              |                                            |                 |                                                                    |    |                                       |                                                                                             |                                                                                                              |    |                                  |    |     |
| TRABAJO EN ALTURAS                                                                     |             |                 |                |                       |                              |                                            |                 |                                                                    |    |                                       |                                                                                             |                                                                                                              |    |                                  |    |     |
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN                                                                  |             | SI              | NO             | N/A                   | SISTEMA DE ACCESO            |                                            |                 | SI                                                                 | NO | N/A                                   | Control Trabajo en Alturas                                                                  |                                                                                                              |    | SI                               | NO | N/A |
| Delimitación del área                                                                  |             |                 |                |                       | Andamios                     |                                            |                 |                                                                    |    |                                       | ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre? |                                                                                                              |    |                                  |    |     |
| Ayudante de seguridad                                                                  |             |                 |                |                       | Escalera                     |                                            |                 |                                                                    |    |                                       | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas u objetos de trabajo?                       |                                                                                                              |    |                                  |    |     |
| Verificación de puntos de anclaje                                                      |             |                 |                |                       | Elevador                     |                                            |                 |                                                                    |    |                                       | ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?        |                                                                                                              |    |                                  |    |     |
| Señalización del área                                                                  |             |                 |                |                       | Grúa con canasta             |                                            |                 |                                                                    |    |                                       | ¿Las escaleras y pasarelas cuentan con barandas y rodapiés?                                 |                                                                                                              |    |                                  |    |     |
| Línea de advertencia                                                                   |             |                 |                |                       | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO |                                            |                 |                                                                    |    |                                       | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas?                             |                                                                                                              |    |                                  |    |     |
| Trabajo en suspensión                                                                  |             |                 |                |                       |                              |                                            |                 |                                                                    |    |                                       |                                                                                             |                                                                                                              |    | ¿Cuenta con los epps requeridos? |    |     |
| Control de acceso                                                                      |             |                 |                |                       | Posicionamiento              |                                            |                 |                                                                    |    |                                       | ¿Se realizó inspección de EPCC?                                                             |                                                                                                              |    |                                  |    |     |
| Barandas                                                                               |             |                 |                |                       | Restricción                  |                                            |                 |                                                                    |    |                                       | ¿Se verificó competencias de los trabajadores?                                              |                                                                                                              |    |                                  |    |     |
| ¿Otros? ¿Cuales?                                                                       |             |                 |                |                       | Detención                    |                                            |                 |                                                                    |    |                                       | ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                                       |                                                                                                              |    |                                  |    |     |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                       |                                                                                                         |  |                     |                                                                       |  |                   |    |                                                                                  |                 |     |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|-----------------------------------------------------------------------|--|-------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----|--|--|-----|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                       | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                               |  |                     | SI                                                                    |  |                   | NO |                                                                                  |                 | N/A |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |
| Selección                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                       |                                                                                                         |  |                     |                                                                       |  |                   |    |                                                                                  |                 |     |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                       | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                        |  |                     |                                                                       |  |                   |    |                                                                                  |                 |     |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                       | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                             |  |                     |                                                                       |  |                   |    |                                                                                  |                 |     |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |
| Gorro tipo árabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                       | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y están en buen estado                                    |  |                     |                                                                       |  |                   |    |                                                                                  |                 |     |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                       | Acceso al área fue restringido                                                                          |  |                     |                                                                       |  |                   |    |                                                                                  |                 |     |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                       | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                    |  |                     |                                                                       |  |                   |    |                                                                                  |                 |     |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                       | La maquinaria amarilla cuenta con las condiciones aptas para la ejecución                               |  |                     |                                                                       |  |                   |    |                                                                                  |                 |     |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                       | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                 |  |                     |                                                                       |  |                   |    |                                                                                  |                 |     |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                       | IZAJE DE CARGAS                                                                                         |  |                     | BLOQUEO ENERGÍAS PELIGROSAS                                           |  |                   | SI |                                                                                  |                 | NO  |  |  | N/A |  |  |  |  |     |  |  |  |  |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente están libre de actividades de sustancias?                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                       | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a mover? |  |                     | Autorización de oficial de bloqueo                                    |  |                   |    |                                                                                  |                 |     |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                       | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                          |  |                     | Corte visible de las fuentes de energías                              |  |                   |    |                                                                                  |                 |     |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |
| ¿Cuántos cables?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                       | ¿Los certificados de operador y aparejador están acorde a la capacidad del equipo a operar?             |  |                     | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energía |  |                   |    |                                                                                  |                 |     |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                       | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                |  |                     | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                     |  |                   |    |                                                                                  |                 |     |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                       | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                          |  |                     | Área señalizada y aislada                                             |  |                   |    |                                                                                  |                 |     |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                       | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra (vientos)?                                                   |  |                     | Se tienen identificados los riesgos de la labor                       |  |                   |    |                                                                                  |                 |     |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                       |                                                                                                         |  | SUSTANCIAS QUÍMICAS |                                                                       |  |                   |    | SI                                                                               |                 |     |  |  | NO  |  |  |  |  | N/A |  |  |  |  |
| ¿El área de trabajo al inicio y final está limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                       |                                                                                                         |  |                     |                                                                       |  |                   |    | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? |                 |     |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                       |                                                                                                         |  |                     |                                                                       |  |                   |    | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                |                 |     |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |
| <p>Los abajo firmantes confirman que el área de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente.</p> |  |                       |                                                                                                         |  |                     |                                                                       |  |                   |    |                                                                                  |                 |     |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                       |                                                                                                         |  |                     |                                                                       |  |                   |    |                                                                                  |                 |     |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | NOMBRE Y APELLIDO     |                                                                                                         |  | CEDULA              |                                                                       |  | FIRMA DE APERTURA |    |                                                                                  | FIRMA DE CIERRE |     |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Duan Parilo Reyes F.  |                                                                                                         |  | 1002461522          |                                                                       |  | Duan              |    |                                                                                  | Duan            |     |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Hermes Javier Pedraza |                                                                                                         |  | 91396978            |                                                                       |  | Hermes            |    |                                                                                  | Hermes          |     |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Karen Girón           |                                                                                                         |  | 1057604023          |                                                                       |  | Karen             |    |                                                                                  | Karen           |     |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |





## SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CODIGO: SST-CSS-FT-01

VERSION: 001

## FORMATO PERMISO DE TRABAJO

FECHA: 1/07/2025

Elaboró: Consultor SST

Aprobó: Representante legal

Página 1 de 2

|                                   |                                   |                 |                |                       |            |                                                                                                               |              |                |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------|----------------|-----------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------|
| CENTRO DE TRABAJO                 | AREA/LUGAR                        | FECHA DE INICIO | HORA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN | HORA FINAL | TIPO DE TRABAJO                                                                                               | RUTINARIO    | RESPONSABLE    |
| Durán - Boy                       | Cedecigro                         | 28-01-26        | 7:00 AM        | 28-01-2025            | 5:00 PM    |                                                                                                               | NO RUTINARIO | Javier Pedraza |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD       | Mantenimiento baterías sanitarias |                 |                |                       |            | ¿ALTA APROXIMADA DE LA ACTIVIDAD? (més)                                                                       |              |                |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR | Herramienta manual                |                 |                |                       |            | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>    |              |                |
|                                   |                                   |                 |                |                       |            | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |              |                |
|                                   |                                   |                 |                |                       |            | ¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>        |              |                |

## TRABAJADORES AUTORIZADOS

## REQUERIMIENTO DE APTITUD

| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION | CARGO         | Óptimas condiciones de salud |    | Seguridad social vigente |    | ¿Están calificados para la actividad? |    | Si trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentran aptos para su uso |    | Firma     |
|--------------------------------------------|---------------|------------------------------|----|--------------------------|----|---------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------|
|                                            |               | SI                           | NO | SI                       | NO | SI                                    | NO | SI                                                                                                           | NO |           |
| 1. Durán Reyw                              | Residente 0   | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    | Durán     |
| 2. Luis Alejandro Vega                     | Aux           | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    | Luis Vega |
| 3. Harold Alexander Salamez                | Auxiliar      | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    | Harold    |
| 4. Gabriel Johana Ortiz Alvarez            | Aux. Obra     | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    | Gabriel   |
| 5. Javier Pedraza                          | Mantu         | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    | Javier    |
| 6. Karen Giron                             | Residente 557 | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    | Karen     |
| 7. Pamele Giron                            | Muerto        | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    | Pamele    |
| 8. Zamiro Arellano                         | Aux           | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    | Zamiro    |
| 9.                                         |               |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |           |
| 10.                                        |               |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |           |
| 11.                                        |               |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |           |
| 12.                                        |               |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |           |
| 13.                                        |               |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |           |
| 14.                                        |               |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |           |

## ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS

## IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ( seleccione según corresponda )

|                     | SI                                  | NO                                  |                       | SI | NO                                  |
|---------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----|-------------------------------------|
| Guantes de soldador |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Monogafas             |    | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Protección facial   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Montera               |    | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Botas de seguridad  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | Overol                |    | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Guantes nitrilo     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | Casco                 |    | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Gafas de seguridad  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | Mascarilla media cara |    | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Guantes vaqueta     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Filtros               |    | <input checked="" type="checkbox"/> |

|                                     |                                     |                                 |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Golpe por objeto en movimiento      |                                     | Atrapamiento del cuerpo         |                                     |
| Golpeado por carga suspendida       |                                     | Proyección de partículas        | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Golpeado contra objeto o estructura |                                     | Explosión                       |                                     |
| Caida al mismo nivel                | <input checked="" type="checkbox"/> | Intoxicación                    | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Contacto con energia electrica      |                                     | Contactos de sustancias toxicas |                                     |

## A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGÚN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

## TRABAJO EN ALTURAS

| MEDIDAS DE PREVENCIÓN             | SI | NO | N/A | SISTEMA DE ACCESO            | SI | NO | N/A | Control Trabajo en Alturas                                                                  | SI | NO | N/A |
|-----------------------------------|----|----|-----|------------------------------|----|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----|
| Delimitación del area             |    |    |     | Andamios                     |    |    |     | ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre? |    |    |     |
| Ayudante de seguridad             |    |    |     | Escalera                     |    |    |     | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas u objetos de trabajo?                       |    |    |     |
| Verificación de puntos de anclaje |    |    |     | Elevador                     |    |    |     | ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?        |    |    |     |
| Señalización del area             |    |    |     | Grúa con canasta             |    |    |     | ¿Las escaleras y pasarelas cuentan con barandas y rodapiés?                                 |    |    |     |
| Línea de advertencia              |    |    |     | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO |    |    |     | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas?                             |    |    |     |
| Trabajo en suspensión             |    |    |     |                              |    |    |     | ¿Cuenta con los epps requeridos?                                                            |    |    |     |
| Control de acceso                 |    |    |     | Posicionamiento              |    |    |     | ¿Se realizó inspección de EPCC?                                                             |    |    |     |
| Barandas                          |    |    |     | Restricción                  |    |    |     | ¿Se verificó competencias de los trabajadores?                                              |    |    |     |
| ¿Otros? ¿Cuales?                  |    |    |     | Detención                    |    |    |     | ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                                       |    |    |     |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                       |                                                                                                             |               |  |                                                                       |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--|-----------------------------------------------------------------------|--|-----------------|-----|--|--|----------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----|--|--|----|--|--|-----|--|--|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                       | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                                   |               |  | SI                                                                    |  |                 | NO  |  |  | N/A                                                                              |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| Selección                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                       |                                                                                                             |               |  |                                                                       |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                       | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                            |               |  |                                                                       |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                       | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                                 |               |  |                                                                       |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| Gorro tipo árabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                       | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y están en buen estado                                        |               |  |                                                                       |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                       | Acceso al área fue restringido                                                                              |               |  |                                                                       |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                       | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                        |               |  |                                                                       |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                       | La maquinaria amarilla cuenta con las condiciones aptas para la ejecución                                   |               |  |                                                                       |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                       | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                     |               |  |                                                                       |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                       | IZAJE DE CARGAS                                                                                             |               |  | BLOQUEO ENERGÍAS PELIGROSAS                                           |  |                 | SI  |  |  | NO                                                                               |  |  | N/A |  |  |    |  |  |     |  |  |
| ¿Cay áreas designadas para trabajos en caliente están libre de aislados de sustancias?                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                       | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a movilizar? |               |  | Autorización de oficial de bloqueo                                    |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                       | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                              |               |  | Corte visible de las fuentes de energías                              |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| ¿Cuenta con señalador?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                       | ¿Los certificados de operador y aparejador están acorde a la capacidad del equipo a operar?                 |               |  | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energía |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                       | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                    |               |  | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                     |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                       | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                              |               |  | Área señalizada y aislada                                             |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                       | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra (vientos)?                                                       |               |  | Se tienen identificados los riesgos de la labor                       |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                       | SI                                                                                                          |               |  | NO                                                                    |  |                 | N/A |  |  | SUSTANCIAS QUÍMICAS                                                              |  |  | SI  |  |  | NO |  |  | N/A |  |  |
| ¿El área de trabajo al inicio y final está limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                       |                                                                                                             |               |  |                                                                       |  |                 |     |  |  | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                       |                                                                                                             |               |  |                                                                       |  |                 |     |  |  | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| <p>Los abajo firmantes confirman que el área de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente.</p> |  |                       |                                                                                                             |               |  |                                                                       |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                       |                                                                                                             |               |  |                                                                       |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | NOMBRE Y APELLIDO     |                                                                                                             | CEDULA        |  | FIRMA DE APERTURA                                                     |  | FIRMA DE CIERRE |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Duvan Danilo Reyes F. |                                                                                                             | 1002461522    |  |                                                                       |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Hermes Jover Pedraza  |                                                                                                             | 91396939      |  |                                                                       |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Karen Viviana Giron   |                                                                                                             | 1.059.604.023 |  |                                                                       |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |





## PRE-OPERACIONAL DE HERRAMIENTA MENOR

Fecha:01-08-2025

UBICACIÓN Sena - CedeagnoOPERADOR Cardullo Obra CivilPROYECTO Mantenimiento  
barancaSEMANA DEL 02/02/2026 AL 07/02/2026

| ITEM                    | CONCEPTO                  | LUNES |   | MARTES |                                | MIERC. |   | JUEVES |             | VIERNES |   | SABADO |       | DOMINGO |   |
|-------------------------|---------------------------|-------|---|--------|--------------------------------|--------|---|--------|-------------|---------|---|--------|-------|---------|---|
|                         |                           | B     | M | B      | M                              | B      | M | B      | M           | B       | M | B      | M     | B       | M |
| ESTADO GENERAL          | Juego de destornilladores | ✓     |   | X      |                                | ✓      |   | ✓      |             | ✓       |   | ✓      |       |         |   |
|                         | Juego de alicates         |       |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |
|                         | Pica                      | ✓     |   | X      |                                | ✓      |   | ✓      |             | ✓       |   | ✓      |       |         |   |
|                         | Bisturi                   | ✓     |   | X      |                                | ✓      |   | ✓      |             | ✓       |   | ✓      |       |         |   |
|                         | Pala                      | ✓     |   | X      |                                | ✓      |   | ✓      |             | ✓       |   | ✓      |       |         |   |
|                         | Prensa para terminales    |       |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |
|                         | Equipo soldadura          |       |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |
|                         | Juegos de llaves bristol  |       |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |
|                         | Juego de llaves mixtas    | ✓     |   | X      |                                | ✓      |   | ✓      |             | ✓       |   | ✓      |       |         |   |
|                         | Maceta                    |       |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |
|                         | Nivel de gota             | ✓     |   | X      |                                | ✓      |   | ✓      |             | ✓       |   | ✓      |       |         |   |
|                         | Cautin                    | ✓     |   | X      |                                | ✓      |   | ✓      |             | ✓       |   | ✓      |       |         |   |
|                         | Cinta metrica             |       |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |
|                         | Martillo                  | ✓     |   | X      |                                | ✓      |   | ✓      |             | ✓       |   | ✓      |       |         |   |
|                         | Llave expansiva           | ✓     |   | X      |                                | ✓      |   | ✓      |             | ✓       |   | ✓      |       |         |   |
|                         | Escuadra metalica         | ✓     |   | X      |                                | ✓      |   | ✓      |             | ✓       |   | ✓      |       |         |   |
|                         | Espatula                  | ✓     |   | X      |                                | ✓      |   | ✓      |             | ✓       |   | ✓      |       |         |   |
|                         | Pulidora                  | ✓     |   | X      |                                | ✓      |   | ✓      |             | ✓       |   | ✓      |       |         |   |
|                         | Cegueta                   |       |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |
|                         | Cinzel                    |       |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |
|                         | Simbra                    |       |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |
|                         | Carretilla                | ✓     |   | +      |                                | ✓      |   | ✓      |             | ✓       |   | ✓      |       |         |   |
|                         | Hombre solo               |       |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |
|                         | Pinza                     |       |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |
|                         | Otro:                     |       |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |
|                         |                           |       |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |
|                         |                           |       |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |
| FIRMA                   | FIRMA OPERADOR            |       |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |
|                         | VERIFICACIÓN SST          |       |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |
| HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO |                           |       |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |
| FECHA                   | HALLAZGO                  |       |   |        | ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA |        |   |        | RESPONSABLE |         |   |        | FECHA |         |   |
|                         |                           |       |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |
|                         |                           |       |   |        |                                |        |   |        |             |         |   |        |       |         |   |





## PRE-OPERACIONAL DE HERRAMIENTA MENOR

Fecha: 01-08-2025

UBICACIÓN

Sena - Dedicado

OPERADOR

Cudilla obra civil

PROYECTO

Mantenimiento baterías  
Sanitarios

SEMANA DEL

09/07/2026

AL

14/07/2026

| ITEM                    | CONCEPTO                  | LUNES                          |   | MARTES |   | MIER. |   | JUEVES |   | VIERNES     |   | SABADO |   | DOMINGO |   |
|-------------------------|---------------------------|--------------------------------|---|--------|---|-------|---|--------|---|-------------|---|--------|---|---------|---|
|                         |                           | B                              | M | B      | M | B     | M | B      | M | B           | M | B      | M | B       | M |
| ESTADO GENERAL          | Juego de destornilladores | ✓                              |   | ✓      |   | ✓     |   | ✓      |   | ✓           |   |        |   |         |   |
|                         | Juego de alicates         | ✓                              |   |        |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Pica                      | ✓                              |   |        |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Bisturi                   | ✓                              |   | ✓      |   | ✓     |   | ✓      |   | ✓           |   | ✓      |   |         |   |
|                         | Pala                      | ✓                              |   | ✓      |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Prensa para terminales    |                                |   |        |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Equipo soldadura          |                                |   |        |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Juegos de llaves bristol  |                                |   | ✓      |   | ✓     |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Juego de llaves mixtas    |                                |   |        |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Maceta                    | ✓                              |   | ✓      |   | ✓     |   | ✓      |   | ✓           |   |        |   |         |   |
|                         | Nivel de gota             | ✓                              |   |        |   |       |   | ✓      |   | ✓           |   | ✓      |   |         |   |
|                         | Cautin                    |                                |   |        |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Cinta metrica             |                                |   |        |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Martillo                  | ✓                              |   | ✓      |   | ✓     |   | ✓      |   | ✓           |   |        |   |         |   |
|                         | Llave expansiva           |                                |   |        |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Escuadra metalica         |                                |   |        |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Espatula                  | ✓                              |   |        |   |       |   |        | ✓ |             |   |        |   |         |   |
|                         | Pulidora                  | ✓                              |   | ✓      |   | ✓     |   | ✓      |   | ✓           |   | ✓      |   |         |   |
|                         | Cegueta                   |                                |   |        |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Cinzel                    |                                |   |        |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Simbra                    | ✓                              |   | ✓      |   |       |   |        | ✓ |             | ✓ |        |   |         |   |
|                         | Carretilla                | ✓                              |   | ✓      |   | ✓     |   | ✓      |   | ✓           |   | ✓      |   |         |   |
|                         | Hombre solo               | ✓                              |   |        |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Pinza                     |                                |   |        |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Otro:                     |                                |   |        |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
| FIRMA                   | FIRMA OPERADOR            |                                |   |        |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | VERIFICACIÓN SST          |                                |   |        |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
| HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO |                           |                                |   |        |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
| FECHA                   | HALLAZGO                  | ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA |   |        |   |       |   |        |   | RESPONSABLE |   | FECHA  |   |         |   |
|                         |                           |                                |   |        |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         |                           |                                |   |        |   |       |   |        |   |             |   |        |   |         |   |





## PRE-OPERACIONAL DE HERRAMIENTA MENOR

Fecha: 01-08-2025

UBICACIÓN Sena - CedeagnoOPERADOR Ruadilla Obra CivilPROYECTO Mantenimiento baterías sanitarias SEMANA DEL 16-02-26 AL 21-02-26

| ITEM                    | CONCEPTO                  | LUNES                          |   | MARTES |   | MIERC. |   | JUEVES |   | VIERNES     |   | SABADO |   | DOMINGO |   |
|-------------------------|---------------------------|--------------------------------|---|--------|---|--------|---|--------|---|-------------|---|--------|---|---------|---|
|                         |                           | B                              | M | B      | M | B      | M | B      | M | B           | M | B      | M | B       | M |
| ESTADO GENERAL          | Juego de destornilladores | /                              |   | /      |   | /      |   | /      |   | /           |   | /      |   |         |   |
|                         | Juego de alicates         | /                              |   |        |   | /      |   | /      |   | /           |   | /      |   |         |   |
|                         | Pica                      | /                              |   |        |   |        |   | /      |   |             |   | /      |   |         |   |
|                         | Bisturi                   | /                              |   | /      |   | /      |   | /      |   |             |   | /      |   |         |   |
|                         | Pala                      | /                              |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Prensa para terminales    |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Equipo soldadura          |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Juegos de llaves bristol  |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Juego de llaves mixtas    |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Maceta                    | /                              |   | /      |   |        |   | /      |   | /           |   | /      |   |         |   |
|                         | Nivel de gota             |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Cautin                    |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Cinta metrica             |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Martillo                  | /                              |   | /      |   | /      |   | /      |   | /           |   | /      |   |         |   |
|                         | Llave expansiva           |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Escuadra metalica         |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Espatula                  | /                              |   | /      |   |        |   | /      |   | /           |   | /      |   |         |   |
|                         | Pulidora                  | /                              |   | /      |   | /      |   | /      |   | /           |   | /      |   |         |   |
|                         | Cegueta                   |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Cinzel                    |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Simbra                    | /                              |   | /      |   | /      |   | /      |   | /           |   | /      |   |         |   |
|                         | Carretilla                | /                              |   | /      |   | /      |   | /      |   | /           |   | /      |   |         |   |
|                         | Hombre solo               |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Pinza                     |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | Otro:                     |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         |                           |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         |                           |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
| FIRMA                   | FIRMA OPERADOR            |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         | VERIFICACIÓN SST          |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
| HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO |                           |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
| FECHA                   | HALLAZGO                  | ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA |   |        |   |        |   |        |   | RESPONSABLE |   | FECHA  |   |         |   |
|                         |                           |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |
|                         |                           |                                |   |        |   |        |   |        |   |             |   |        |   |         |   |





## PRE-OPERACIONAL DE HERRAMIENTA MENOR

Fecha: 01-08-2025

UBICACIÓN

Cedregu

OPERADOR

Cuchilla Obra Civil

PROYECTO

Mto. baterías  
Santitas

SEMANA DEL

23-02-26

AL

28-02-26

| ITEM           | CONCEPTO                  | LUNES |   | MARTES |   | MIERC. |   | JUEVES |   | VIERNES |   | SABADO |   | DOMINGO |   |
|----------------|---------------------------|-------|---|--------|---|--------|---|--------|---|---------|---|--------|---|---------|---|
|                |                           | B     | M | B      | M | B      | M | B      | M | B       | M | B      | M | B       | M |
| ESTADO GENERAL | Juego de destornilladores | ✓     |   | ✓      |   |        |   | ✓      |   | ✓       |   | ✓      |   |         |   |
|                | Juego de alicates         | ✓     |   | ✓      |   |        |   | ✓      |   | ✓       |   | ✓      |   |         |   |
|                | Pica                      |       |   | ✓      |   | ✓      |   | ✓      |   | ✓       |   | ✓      |   |         |   |
|                | Bisturi                   |       |   | ✓      |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
|                | Pala                      | ✓     |   | ✓      |   | ✓      |   | ✓      |   |         |   | ✓      |   |         |   |
|                | Prensa para terminales    |       |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
|                | Equipo soldadura          |       |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
|                | Juegos de llaves bristol  |       |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
|                | Juego de llaves mixtas    |       |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
|                | Maceta                    | ✓     |   | ✓      |   | ✓      |   | ✓      |   | ✓       |   | ✓      |   |         |   |
|                | Nivel de gota             |       |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
|                | Cautin                    |       |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
|                | Cinta metrica             |       |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
|                | Martillo                  |       |   | ✓      |   | ✓      |   | ✓      |   | ✓       |   | ✓      |   |         |   |
|                | Llave expansiva           | ✓     |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
|                | Escuadra metalica         |       |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
|                | Espatula                  | ✓     |   |        |   |        |   | ✓      |   |         |   | ✓      |   |         |   |
|                | Pulidora                  |       |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
|                | Cegueta                   |       |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
|                | Cinzel                    |       |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
|                | Simbra                    |       |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
|                | Carretilla                | ✓     |   | ✓      |   | ✓      |   | ✓      |   | ✓       |   | ✓      |   |         |   |
|                | Hombre solo               |       |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
|                | Pinza                     |       |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
|                | Otro:                     |       |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
|                |                           |       |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
|                |                           |       |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
| FIRMA          | FIRMA OPERADOR            |       |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |
|                | VERIFICACIÓN SST          |       |   |        |   |        |   |        |   |         |   |        |   |         |   |

## HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

| FECHA | HALLAZGO | ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA | RESPONSABLE | FECHA |
|-------|----------|--------------------------------|-------------|-------|
|       |          |                                |             |       |
|       |          |                                |             |       |



| SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO                                     |                   |                                     |                |                                     |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  |                                     |  | CODIGO: SST-CSS-FT-41                 |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------|--|---------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| FORMATO PERMISO DE TRABAJO                                                             |                   |                                     |                |                                     |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  |                                     |  | VERSION: 001                          |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
| Elaboro: Consultor sst                                                                 |                   |                                     |                |                                     | Aprobó: Representante legal |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  |                                     |  | FECHA: 1/07/2025                      |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
| Página 1 de 2                                                                          |                   |                                     |                |                                     |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
| CENTRO DE TRABAJO                                                                      | AREA/ LUGAR       | FECHA DE INICIO                     | HORA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN               | HORA FINAL                  | TIPO DE TRABAJO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | RUTINARIO                                        | RESPONSABLE                         |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
| Duitama                                                                                | zona - pedagógico | 02-02-26                            | 7:00 am        | 02-02-26                            | 5:00 pm                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NO RUTINARIO <input checked="" type="checkbox"/> | Javier Pedraza                      |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD                                                            |                   | Mantenimiento baterías sanitarias   |                |                                     |                             | ¿ALTIMETRA APROXIMADA DE LA ACTIVIDAD? (mts) N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                  |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR                                                      |                   | Herramienta menor                   |                |                                     |                             | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                                  |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
| TRABAJADORES AUTORIZADOS                                                               |                   |                                     |                |                                     |                             | REQUERIMIENTO DE APTITUD                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                  |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION                                             |                   |                                     |                | CARGO                               |                             | Óptimas condiciones de salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                  | Seguridad social vigente            |  | ¿Están calificados para la actividad? |  | Si trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentran aptos para su uso |  | Firma                               |  |
|                                                                                        |                   |                                     |                |                                     |                             | SI NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                  | SI NO                               |  | SI NO                                 |  | SI NO                                                                                                        |  |                                     |  |
| 1. Nival Alejandro Salamanca                                                           |                   |                                     |                | Ay.                                 |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |                                     |  |
| 2. Duván Danilo Reyes F.                                                               |                   |                                     |                | Residente Obra                      |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |                                     |  |
| 3. Isabel Johana Ortiz                                                                 |                   |                                     |                | Aux Ob                              |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |                                     |  |
| 4. Amner Javier Pedraza                                                                |                   |                                     |                | Maestro                             |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |                                     |  |
| 5. Tony Alejandro Vega                                                                 |                   |                                     |                | Ar                                  |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |                                     |  |
| 6. CARMELO GON                                                                         |                   |                                     |                | Maestro                             |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |                                     |  |
| 7. Karen GON                                                                           |                   |                                     |                | Residente                           |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |                                     |  |
| 8. RUMINO AVELLA                                                                       |                   |                                     |                | Ay                                  |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |                                     |  |
| 9.                                                                                     |                   |                                     |                |                                     |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
| 10.                                                                                    |                   |                                     |                |                                     |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
| 11.                                                                                    |                   |                                     |                |                                     |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
| 12.                                                                                    |                   |                                     |                |                                     |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
| 13.                                                                                    |                   |                                     |                |                                     |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
| 14.                                                                                    |                   |                                     |                |                                     |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                            |                   |                                     |                |                                     |                             | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ( seleccione según corresponda )                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                  |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
| SI                                                                                     |                   | NO                                  |                | SI                                  |                             | NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                  | SI                                  |  | NO                                    |  | SI                                                                                                           |  | NO                                  |  |
| Guantes de soldador                                                                    |                   | <input checked="" type="checkbox"/> |                | Monogafas                           |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  | Golpe por objeto en movimiento      |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | Atrapamiento del cuerpo                                                                                      |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Protección facial                                                                      |                   | <input checked="" type="checkbox"/> |                | Mortero                             |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  | Golpeado por carga suspendida       |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | Proyección de partículas                                                                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Botas de seguridad                                                                     |                   | <input checked="" type="checkbox"/> |                | Casco                               |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  | Golpeado contra objeto o estructura |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | Explosión                                                                                                    |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Guantes nitrilo                                                                        |                   | <input checked="" type="checkbox"/> |                | Mascarilla media cara               |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  | Caída al mismo nivel                |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | Intoxicación                                                                                                 |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Gafas de seguridad                                                                     |                   | <input checked="" type="checkbox"/> |                | Filtros                             |                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  | Contacto con energía eléctrica      |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | Contactos de sustancias tóxicas                                                                              |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Guantes vaqueta                                                                        |                   | <input checked="" type="checkbox"/> |                |                                     |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
| A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGÚN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |                   |                                     |                |                                     |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
| TRABAJO EN ALTURAS                                                                     |                   |                                     |                |                                     |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  |                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |                                     |  |
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN                                                                  |                   | SI                                  |                | NO                                  |                             | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  | SISTEMA DE ACCESO                   |  | SI                                    |  | NO                                                                                                           |  | N/A                                 |  |
| Delimitación del área                                                                  |                   | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  | Andamios                            |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |                                     |  |
| Ayudante de seguridad                                                                  |                   | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  | Escalera                            |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |                                     |  |
| Verificación de puntos de anclaje                                                      |                   | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  | Elevador                            |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |                                     |  |
| Señalización del área                                                                  |                   | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  | Grúa con canasta                    |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |                                     |  |
| Línea de advertencia                                                                   |                   | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO        |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |                                     |  |
| Trabajo en suspensión                                                                  |                   | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |                                     |  |
| Control de acceso                                                                      |                   | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |                                     |  |
| Barandas                                                                               |                   | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  | Posicionamiento                     |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |                                     |  |
| ¿Otros? ¿Cuáles?                                                                       |                   | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  | Restricción                         |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |                                     |  |
|                                                                                        |                   | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  | Detención                           |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |                                     |  |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                     |                                                                                                             |                                                                                  |                                     |                                                                       |                                     |                                     |                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |                                     | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                                   |                                                                                  |                                     | SI                                                                    | NO                                  | N/A                                 |                                     |
| Seleccione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SI                                  | NO                                  |                                                                                                             |                                                                                  |                                     |                                                                       |                                     |                                     |                                     |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                            |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                                     |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                                 |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                                     |
| Gorro tipo arabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y estan en buen estado                                        |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                                     |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Acceso al area fue restringido                                                                              |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                                     |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                        |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                                     |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | La maquinaria amarilla cuenta con las condiciones aptas para la ejecución                                   |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                     | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                     |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                                     |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                     |                                     | IZAJE DE CARGAS                                                                                             |                                                                                  |                                     | BLOQUEO ENERGÍAS PELIGROSAS                                           |                                     |                                     |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SI                                  | NO                                  |                                                                                                             | SI                                                                               | NO                                  |                                                                       | SI                                  | NO                                  | N/A                                 |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente estan libre y/o aisladas de sustancias?                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a movilizar? | <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/>            | Autorización de oficial de bloqueo                                    | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                              | <input type="checkbox"/>                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | Corte visible de las fuentes de energías                              | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Cuenta con extintor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Los certificados de operador y aparejador estan acorde a la capacidad del equipo a operar?                 | <input type="checkbox"/>                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energia | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                    | <input type="checkbox"/>                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                     | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                              | <input type="checkbox"/>                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | Area señalizada y aislada                                             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra(ventos)?                                                         | <input type="checkbox"/>                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | Se tienen identificados los riesgos de la labor                       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                     |                                     |                                                                                                             |                                                                                  | SUSTANCIAS QUÍMICAS                 |                                                                       |                                     |                                     |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SI                                  | NO                                  | N/A                                                                                                         |                                                                                  | SI                                  | NO                                                                    | N/A                                 |                                     |                                     |
| ¿El área de trabajo al inicio y final esta limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                                                                    | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                         | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |
| <p>Los abajo firmantes confirman que el area de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente.</p> |                                     |                                     |                                                                                                             |                                                                                  |                                     |                                                                       |                                     |                                     |                                     |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                     |                                     |                                                                                                             |                                                                                  |                                     |                                                                       |                                     |                                     |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                     |                                                                                                             |                                                                                  |                                     |                                                                       |                                     |                                     |                                     |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NOMBRE Y APELLIDO                   |                                     | CEDULA                                                                                                      | FIRMA DE APERTURA                                                                | FIRMA DE CIERRE                     |                                                                       |                                     |                                     |                                     |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Duván Reyes                         |                                     | 1002 461 522                                                                                                |                                                                                  |                                     |                                                                       |                                     |                                     |                                     |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Hermes Javier Pedraza               |                                     | 9'396.973                                                                                                   |                                                                                  |                                     |                                                                       |                                     |                                     |                                     |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Karen Giron                         |                                     | 1059.604.023                                                                                                |                                                                                  |                                     |                                                                       |                                     |                                     |                                     |





## SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CODIGO: SST-CSS-PT-01

VERSION:001

## FORMATO PERMISO DE TRABAJO

FECHA: 1/07/2023

Elaboró: Consultor SST

Aprobó: Representante legal

Página 1 de 2

|                                   |                                   |                 |                |                       |            |                                            |                                                                    |                |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------|----------------|-----------------------|------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------|--|--|--|--|--|
| CENTRO DE TRABAJO                 | AREA/ LUGAR                       | FECHA DE INICIO | HORA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN | HORA FINAL | TIPO DE TRABAJO                            | RUTINARIO                                                          | RESPONSABLE    |  |  |  |  |  |
| Dutima - Bay                      | Sena                              | 03-02-26        | 7:00 am        | 03-02-2026            | 5:00 pm    |                                            | NO RUTINARIO X                                                     | Javier Pedraza |  |  |  |  |  |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD       | Mantenimiento baterías sanitarias |                 |                |                       |            | ¿ALTIMA APROXIMADA DE LA ACTIVIDAD? (mts)  |                                                                    | N/A            |  |  |  |  |  |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR | Herramienta menor                 |                 |                |                       |            | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO?    | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>            |                |  |  |  |  |  |
|                                   |                                   |                 |                |                       |            | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>            |                |  |  |  |  |  |
|                                   |                                   |                 |                |                       |            | ¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL?        | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                |  |  |  |  |  |

## TRABAJADORES AUTORIZADOS

## REQUERIMIENTO DE APTITUD

| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION | CARGO          | Óptimas condiciones de salud |    | Seguridad social vigente |    | ¿Están calificados para la actividad? |    | El trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentran aptos para su uso |    | Firma |
|--------------------------------------------|----------------|------------------------------|----|--------------------------|----|---------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|
|                                            |                | SI                           | NO | SI                       | NO | SI                                    | NO | SI                                                                                                           | NO |       |
| 1. Alejandro Salamanca                     | Ay. da         | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    |       |
| 2. Duvan Danilo Reyes F.                   | Residente Obra |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |       |
| 3. Karen Viviana Giron                     | Residente SST  |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |       |
| 4. Herme Javier Pedraza                    | Montr          | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    |       |
| 5. Luis Alvarado Vera                      | Ay             | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    |       |
| 6. José Johana Ortiz                       | Ax             | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    |       |
| 7. Ramonico Ben                            | Aux            | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    |       |
| 8. Izamiro Avella                          | Ax             | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    |       |
| 9.                                         |                |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |       |
| 10.                                        |                |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |       |
| 11.                                        |                |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |       |
| 12.                                        |                |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |       |
| 13.                                        |                |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |       |
| 14.                                        |                |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |       |

## ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS

## IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS (seleccione según corresponda)

|                     | SI | NO |                       | SI | NO |
|---------------------|----|----|-----------------------|----|----|
| Guantes de soldador |    |    | Monogafas             |    |    |
| Protección facial   |    |    | Montera               |    |    |
| Botas de seguridad  |    |    | Overol                |    |    |
| Guantes nitrilo     |    |    | Casco                 |    |    |
| Gafas de seguridad  |    |    | Mascarilla media cara |    |    |
| Guantes vaqueta     |    |    | Filtros               |    |    |

|                                     |  |                                 |  |
|-------------------------------------|--|---------------------------------|--|
| Golpe por objeto en movimiento      |  | Atrapamiento del cuerpo         |  |
| Golpeado por carga suspendida       |  | Proyección de partículas        |  |
| Golpeado contra objeto o estructura |  | Explosión                       |  |
| Caida al mismo nivel                |  | Intoxicación                    |  |
| Contacto con energía eléctrica      |  | Contactos de sustancias tóxicas |  |

## A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGUN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

## TRABAJO EN ALTURAS

| MEDIDAS DE PREVENCIÓN             | SI | NO | N/A | SISTEMA DE ACCESO            | SI | NO | N/A | Control Trabajo en Alturas                                                                  | SI | NO | N/A |
|-----------------------------------|----|----|-----|------------------------------|----|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----|
| Delimitación del area             |    |    |     | Andamios                     |    |    |     | ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre? |    |    |     |
| Ayudante de seguridad             |    |    |     | Escalera                     |    |    |     | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas u objetos de trabajo?                       |    |    |     |
| Verificación de puntos de anclaje |    |    |     | Elevador                     |    |    |     | ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?        |    |    |     |
| Señalización del area             |    |    |     | Grúa con canasta             |    |    |     | ¿Las escaleras y pasarelas cuentan con barandas y rodapiés?                                 |    |    |     |
| Línea de advertencia              |    |    |     | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO |    |    |     | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas?                             |    |    |     |
| Trabajo en suspensión             |    |    |     |                              |    |    |     | ¿Cuenta con los epps requeridos?                                                            |    |    |     |
| Control de acceso                 |    |    |     | Posicionamiento              |    |    |     | ¿Se realizó inspección de EPPC?                                                             |    |    |     |
| Barandas                          |    |    |     | Restricción                  |    |    |     | ¿Se verificó competencias de los trabajadores?                                              |    |    |     |
| ¿Otros? ¿Cuales?                  |    |    |     | Detención                    |    |    |     | ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                                       |    |    |     |

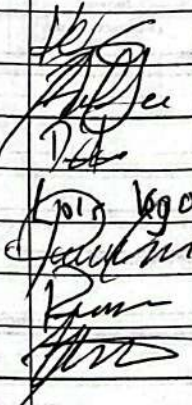


| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                       |    |                                                                                                             |               |                     |                                                                       |                 |                                                                                  |     |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----|--|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |    | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                                   |               |                     | SI                                                                    | NO              | N/A                                                                              |     |  |
| Selección                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | SI                    | NO | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                            |               |                     | ✓                                                                     |                 |                                                                                  |     |  |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ✓                     |    | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                                 |               |                     | ✓                                                                     |                 |                                                                                  |     |  |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ✓                     |    | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y están en buen estado                                        |               |                     | ✓                                                                     |                 |                                                                                  |     |  |
| Gorro tipo arabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       | ✓  | Acceso al área fue restringido                                                                              |               |                     | ✓                                                                     |                 |                                                                                  |     |  |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ✓                     |    | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                        |               |                     | ✓                                                                     |                 |                                                                                  |     |  |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ✓                     |    | La maquinaria amerita cuentas con las condiciones aptas para la ejecución                                   |               |                     | ✓                                                                     |                 |                                                                                  |     |  |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ✓                     |    | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                     |               |                     | ✓                                                                     |                 |                                                                                  |     |  |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |    | IZAJE DE CARGAS                                                                                             |               |                     | BLOQUEO ENERGÍAS PELIGROSAS                                           |                 |                                                                                  |     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SI                    | NO |                                                                                                             | SI            | NO                  |                                                                       | SI              | NO                                                                               | N/A |  |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente están libre de actividades de sustancias?                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       | ✓  | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a movilizar? |               | ✓                   | AutORIZACIÓN de oficial de bloqueo                                    |                 |                                                                                  |     |  |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       | ✓  | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                              |               | ✓                   | Corta visible de las fuentes de energías                              |                 |                                                                                  |     |  |
| ¿Cuenta con extintor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       | ✓  | ¿Los certificados de operador y aparcador están acorde a la capacidad del equipo a operar?                  |               | ✓                   | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energía |                 |                                                                                  |     |  |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       | ✓  | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                    |               | ✓                   | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                     |                 |                                                                                  |     |  |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       | ✓  | ¿Cuenta con aparatos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                              |               | ✓                   | Área señalizada y aislada                                             |                 |                                                                                  |     |  |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       | ✓  | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra (vientos)?                                                       |               | ✓                   | Se tienen identificados los riesgos de la labor                       |                 |                                                                                  |     |  |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |    |                                                                                                             |               | SUSTANCIAS QUÍMICAS |                                                                       |                 |                                                                                  |     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SI                    | NO | N/A                                                                                                         |               | SI                  | NO                                                                    | N/A             |                                                                                  |     |  |
| ¿El área de trabajo al inicio y final está limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |    |                                                                                                             | ✓             |                     |                                                                       |                 | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? | ✓   |  |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                           |                       |    |                                                                                                             |               |                     | ✓                                                                     |                 | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                | ✓   |  |
| Los abajo firmantes confirman que el área de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en esta permitencia, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente. |                       |    |                                                                                                             |               |                     |                                                                       |                 |                                                                                  |     |  |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |    |                                                                                                             |               |                     |                                                                       |                 |                                                                                  |     |  |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | NOMBRE Y APELLIDO     |    |                                                                                                             | CEDULA        | FIRMA DE APERTURA   |                                                                       | FIRMA DE CIERRE |                                                                                  |     |  |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Duvan Reyes           |    |                                                                                                             | 1002 461 522  | [Firma]             |                                                                       | [Firma]         |                                                                                  |     |  |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Hermes JAMES ADELGAZA |    |                                                                                                             | 9'396.973     | [Firma]             |                                                                       | [Firma]         |                                                                                  |     |  |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Karen Giron           |    |                                                                                                             | 1.053.604.023 | [Firma]             |                                                                       | [Firma]         |                                                                                  |     |  |



|                                                                                  |                                                    |  |                             |  |                                   |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|-----------------------------------|--|
|  | SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO |  |                             |  | CODIGO: SST-CSS-FY-01             |  |
|                                                                                  | FORMATO PERMISO DE TRABAJO                         |  |                             |  | VERSION: 001                      |  |
|                                                                                  | Elabora: Consultor est                             |  | Aprobó: Representante legal |  | FECHA: 1/07/2025<br>Página 1 de 2 |  |

|                                   |             |                 |                |                       |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |              |
|-----------------------------------|-------------|-----------------|----------------|-----------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------|
| CENTRO DE TRABAJO                 | AREA/ LUGAR | FECHA DE INICIO | HORA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN | HORA FINAL | TIPO DE TRABAJO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ROUTINARIO      | RESPONSABLE  |
| Quilama                           | Sena        | 01.02.26        | 7:00am         | 04.02.26              | 5:00pm     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | NO ROUTINARIO X | Jenny Pelaez |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD       |             |                 |                |                       |            | ¿ALTA APROXIMADA DE LA ACTIVIDAD? (mts) <span style="float:right">SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></span><br>¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO? <span style="float:right">SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></span><br>¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO? <span style="float:right">SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></span><br>¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL? <span style="float:right">SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></span> |                 |              |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR |             |                 |                |                       |            | Herramienta menor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                 |              |

| TRABAJADORES AUTORIZADOS                   |                | REQUERIMIENTO DE APTITUD     |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    | Firma                                                                               |
|--------------------------------------------|----------------|------------------------------|----|--------------------------|----|---------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION | CARGO          | Óptimas condiciones de salud |    | Seguridad social vigente |    | ¿Están calificados para la actividad? |    | El trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentran aptos para su uso |    |                                                                                     |
|                                            |                | SI                           | NO | SI                       | NO | SI                                    | NO | SI                                                                                                           | NO |                                                                                     |
| 1. Karen Viviana Giron                     | Residente ST   | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    |  |
| 2. Manuel Alejandro Salamea                | Arx Obra       | ✓                            |    | ✓                        |    | ✓                                     |    | ✓                                                                                                            |    |                                                                                     |
| 3. Duval Danilo Reyes F.                   | Residente Obra | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    |                                                                                     |
| 4. Luis Alejandro Vera                     | Arx            | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    |                                                                                     |
| 5. Ramon Giron                             | Arx            | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    |                                                                                     |
| 6. Ramon Huella                            | Arx            | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    |                                                                                     |
| 7. José Juan Ortiz                         | Arx            | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    |                                                                                     |
| 8.                                         |                |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| 9.                                         |                |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| 10.                                        |                |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| 11.                                        |                |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| 12.                                        |                |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| 13.                                        |                |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| 14.                                        |                |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |                                                                                     |

| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS |    |    |                       |    |    | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ( seleccione según corresponda )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |
|---------------------------------------------|----|----|-----------------------|----|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
|                                             | SI | NO |                       | SI | NO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |
| Guantes de soldador                         |    | ✓  | Monogafas             |    | ✓  | <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;">Golpe por objeto en movimiento</div> <div style="width: 50%;">Atrapamiento del cuerpo</div> <div style="width: 50%;">Golpeado por carga suspendida</div> <div style="width: 50%;">Proyección de partículas</div> <div style="width: 50%;">Golpeado contra objeto o estructura</div> <div style="width: 50%;">Explosión</div> <div style="width: 50%;">Caida al mismo nivel</div> <div style="width: 50%;">Intoxicación</div> <div style="width: 50%;">Contacto con energía eléctrica</div> <div style="width: 50%;">Contactos de sustancias toxicas</div> </div> |  |  |  |
| Protección facial                           | ✓  |    | Montera               | ✓  |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |
| Botas de seguridad                          | ✓  |    | Overol                | ✓  |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |
| Guantes nitrilo                             | ✓  |    | Casco                 | ✓  |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |
| Garfas de seguridad                         | ✓  |    | Mascarilla media cara | ✓  |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |
| Guantes vaqueta                             | ✓  |    | Filtros               | ✓  |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |

| A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGÚN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |    |    |     |                              |    |    |                                                                 |                                                                                             |    |    |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----|------------------------------|----|----|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----|
| TRABAJO EN ALTURAS                                                                     |    |    |     |                              |    |    |                                                                 |                                                                                             |    |    |     |
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN                                                                  | SI | NO | N/A | SISTEMA DE ACCESO            | SI | NO | N/A                                                             | Control Trabajo en Alturas                                                                  | SI | NO | N/A |
| Delimitación del area                                                                  |    |    |     | Andamios                     |    |    |                                                                 | ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre? |    |    |     |
| Ayudante de seguridad                                                                  |    |    |     | Escalera                     |    |    |                                                                 | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas u objetos de trabajo?                       |    |    |     |
| Verificación de puntos de anclaje                                                      |    |    |     | Elevador                     |    |    |                                                                 | ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?        |    |    |     |
| Señalización del area                                                                  |    |    |     | Grúa con canasta             |    |    |                                                                 | ¿Las escaleras y pasarelas cuentan con barandas y rodapiés?                                 |    |    |     |
| Lineas de advertencia                                                                  |    |    |     | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO |    |    | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas? |                                                                                             |    |    |     |
| Trabajo en suspensión                                                                  |    |    |     |                              |    |    | ¿Cuenta con los epps requeridos?                                |                                                                                             |    |    |     |
| Control de acceso                                                                      |    |    |     | Posicionamiento              |    |    |                                                                 | ¿Se realizó inspección de EPCC?                                                             |    |    |     |
| Barandas                                                                               |    |    |     | Restricción                  |    |    |                                                                 | ¿Se verificó competencias de los trabajadores?                                              |    |    |     |
| ¿Otros? ¿Cuales ?                                                                      |    |    |     | Detención                    |    |    |                                                                 | ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                                       |    |    |     |



**DEMOLICION**

| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                          |     | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                               |    |                          | SI                                                                               | NO | N/A |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| Seleccione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SI                       | NO  |                                                                                                         |    |                          |                                                                                  |    |     |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          | /   | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                        |    |                          |                                                                                  |    |     |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                          | /   | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                             |    |                          |                                                                                  |    |     |
| Gorro tipo arabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          | /   | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y están en buen estado                                    |    |                          |                                                                                  |    |     |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                          | /   | Acceso al área fue restringido                                                                          |    |                          |                                                                                  |    |     |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | /                        |     | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                    |    |                          |                                                                                  |    |     |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                          |     | La maquinaria amarilla cuenta con las condiciones aptas para la ejecución                               |    |                          |                                                                                  |    |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |     | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                 |    |                          |                                                                                  |    |     |
| <b>TRABAJO EN CALIENTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |     | <b>IAJE DE CARGAS</b>                                                                                   |    |                          | <b>BLOQUEO ENERGÍAS PELIGROSAS</b>                                               |    |     |
| SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | NO                       |     | SI                                                                                                      | NO |                          | SI                                                                               | NO | N/A |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente están libre y/o aisladas de sustancias?                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          | /   | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a mover? |    | /                        | Autorización de oficial de bloqueo                                               |    |     |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | /                        |     | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                          | /  |                          | Corte visible de las fuentes de energías                                         |    | /   |
| ¿Cuenta con extintor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | /                        |     | ¿Los certificados de operador y aparejador están acorde a la capacidad del equipo a operar?             | /  |                          | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energía            |    | /   |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | /                        |     | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                | /  |                          | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                                |    | /   |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | /                        |     | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                          | /  |                          | Área señalizada y aislada                                                        |    | /   |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | /                        |     | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra (vientos)?                                                   | /  |                          | Se tienen identificados los riesgos de la labor                                  |    | /   |
| <b>MEDIO AMBIENTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                          |     | <b>SUSTANCIAS QUÍMICAS</b>                                                                              |    |                          |                                                                                  |    |     |
| SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | NO                       | N/A | SI                                                                                                      | NO | N/A                      | SI                                                                               | NO | N/A |
| ¿El área de trabajo al inicio y final está limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |     | /                                                                                                       |    |                          | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? |    |     |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |     | /                                                                                                       |    |                          | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                |    |     |
| <p>Los abajo firmantes confirman que el área de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente.</p> |                          |     |                                                                                                         |    |                          |                                                                                  |    |     |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                          |     |                                                                                                         |    |                          |                                                                                  |    |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |     |                                                                                                         |    |                          |                                                                                  |    |     |
| <b>CARGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>NOMBRE Y APELLIDO</b> |     | <b>CEDULA</b>                                                                                           |    | <b>FIRMA DE APERTURA</b> | <b>FIRMA DE CIERRE</b>                                                           |    |     |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Duvan Reyes              |     | 1002461522                                                                                              |    |                          |                                                                                  |    |     |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Hermes Jara Orellana     |     | 91396.978                                                                                               |    |                          |                                                                                  |    |     |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Karen Giron              |     | 1.057.604.023                                                                                           |    |                          |                                                                                  |    |     |





## SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

COOIGO: SST-CSS-FT-01

VERSION:001

## FORMATO PERMISO DE TRABAJO

FECHA: 1/07/2023

Elaboro: Consultor SST

Aprobó: Representante legal

Página 1 de 2

|                                   |                                   |                 |                |                       |            |                                              |           |                |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------|----------------|-----------------------|------------|----------------------------------------------|-----------|----------------|--|--|--|--|--|
| CENTRO DE TRABAJO                 | AREA/ LUGAR                       | FECHA DE INICIO | HORA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN | HORA FINAL | TIPO DE TRABAJO                              | RUTINARIO | RESPONSABLE    |  |  |  |  |  |
| Durama                            | Sena                              | 05-02-26        | 7:00am         | 05-02-26              | 5:00 pm    | NO RUTINARIO                                 | X         | Javier Pedraza |  |  |  |  |  |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD       | Mantenimiento baterías sanitarias |                 |                |                       |            | ¿ALTIMETRO APROXIMADO DE LA ACTIVIDAD? (mts) | SI        | NO             |  |  |  |  |  |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR | Herramienta menor                 |                 |                |                       |            | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO?      | SI        | NO             |  |  |  |  |  |
|                                   |                                   |                 |                |                       |            | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO?   | SI        | NO             |  |  |  |  |  |
|                                   |                                   |                 |                |                       |            | ¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL?          | SI        | NO             |  |  |  |  |  |

## TRABAJADORES AUTORIZADOS

## REQUERIMIENTO DE APTITUD

| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION | CARGO          | Óptimas condiciones de salud |    | Seguridad social vigente |    | ¿Están calificados para la actividad? |    | El trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentran aptos para su uso |    | Firma   |
|--------------------------------------------|----------------|------------------------------|----|--------------------------|----|---------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|
|                                            |                | SI                           | NO | SI                       | NO | SI                                    | NO | SI                                                                                                           | NO |         |
| 1. Duvan Reyes                             | Residente Obra | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | [Firma] |
| 2. Manuel Alejandro Salamanca              | Asx. Obra      | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | [Firma] |
| 3. Luis Alejandro Vega                     | Ay             | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | [Firma] |
| 4. Heimer Javier Pedraza                   | Maestro        | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | [Firma] |
| 5. Karen Giron                             | Residente      | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | [Firma] |
| 6. Jasmene Giron                           | Maestro        | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | [Firma] |
| 7. Ramiro Avella                           | Ay             | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | [Firma] |
| 8.                                         |                |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |         |
| 9.                                         |                |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |         |
| 10.                                        |                |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |         |
| 11.                                        |                |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |         |
| 12.                                        |                |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |         |
| 13.                                        |                |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |         |
| 14.                                        |                |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |         |

## ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS

## IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ( seleccione según corresponda )

|                     | SI | NO |                       | SI | NO |                                 |  |
|---------------------|----|----|-----------------------|----|----|---------------------------------|--|
| Guantes de soldador |    | X  | Monogafas             |    | X  | Atropamiento del cuerpo         |  |
| Protección facial   |    | X  | Montera               |    | X  | Proyección de partículas        |  |
| Botas de seguridad  | X  |    | Overol                |    | X  | Exposición                      |  |
| Guantes nitrilo     | X  |    | Casco                 |    | X  | Intoxicación                    |  |
| Gafas de seguridad  | X  |    | Mascarilla media cara |    | X  | Contactos de sustancias tóxicas |  |
| Guantes vaqueta     | X  |    | Filtros               |    | X  |                                 |  |

## A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGÚN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

## TRABAJO EN ALTURAS

| MEDIDAS DE PREVENCIÓN             | SI | NO | N/A | SISTEMA DE ACCESO            | SI | NO | N/A | Control Trabajo en Alturas                                                                  | SI | NO | N/A |
|-----------------------------------|----|----|-----|------------------------------|----|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----|
| Delimitación del área             |    |    |     | Andamios                     |    |    |     | ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre? |    |    |     |
| Ayudante de seguridad             |    |    |     | Escalera                     |    |    |     | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas u objetos de trabajo?                       |    |    |     |
| Verificación de puntos de anclaje |    |    |     | Elevador                     |    |    |     | ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?        |    |    |     |
| Señalización del área             |    |    |     | Grúa con canasta             |    |    |     | ¿Las escaleras y pasarelas cuentan con barandas y rodapiés?                                 |    |    |     |
| Línea de advertencia              |    |    |     | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO |    |    |     | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas?                             |    |    |     |
| Trabajo en suspensión             |    |    |     |                              |    |    |     | ¿Cuenta con los epps requeridos?                                                            |    |    |     |
| Control de acceso                 |    |    |     | Posicionamiento              |    |    |     | ¿Se realizó inspección de EPCC?                                                             |    |    |     |
| Barandas                          |    |    |     | Restricción                  |    |    |     | ¿Se verificó competencias de los trabajadores?                                              |    |    |     |
| ¿Otros? ¿Cuales?                  |    |    |     | Detención                    |    |    |     | ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                                       |    |    |     |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |    |                                                                                                             |                                                                                  |                   |                                                                       |     |     |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |    | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                                   |                                                                                  |                   | SI                                                                    | NO  | N/A |     |
| Selección                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SI                    | NO |                                                                                                             |                                                                                  |                   |                                                                       |     |     |     |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | /                     |    | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                            |                                                                                  |                   | /                                                                     |     |     |     |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | /                     |    | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                                 |                                                                                  |                   | /                                                                     |     |     |     |
| Gorro tipo arabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | /                     |    | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y estan en buen estado                                        |                                                                                  |                   | /                                                                     |     |     |     |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | /                     |    | Acceso al area fue restringido                                                                              |                                                                                  |                   | /                                                                     |     |     |     |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | /                     |    | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                        |                                                                                  |                   | /                                                                     |     |     |     |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | /                     |    | La maquinaria amarilla cuenta con las condiciones aptas para la ejecución                                   |                                                                                  |                   | /                                                                     |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |    | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                     |                                                                                  |                   | /                                                                     |     |     |     |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       |    | IZAJE DE CARGAS                                                                                             |                                                                                  |                   | BLOQUEO ENERGIAS PELIGROSAS                                           |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI                    | NO |                                                                                                             | SI                                                                               | NO                |                                                                       | SI  | NO  | N/A |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente estan libre de sustancias peligrosas?                                                                                                                                                                                                                                                                                      | /                     |    | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a movilizar? | /                                                                                |                   | Autorización de oficial de bloqueo                                    | /   |     |     |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | /                     |    | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                              | /                                                                                |                   | Corte visible de las fuentes de energias                              | /   |     |     |
| ¿Cuenta con extintor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | /                     |    | ¿Los certificados de operador y aparejador estan acorde a la capacidad del equipo a operar?                 | /                                                                                |                   | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energia | /   |     |     |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | /                     |    | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                    | /                                                                                |                   | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                     | /   |     |     |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | /                     |    | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                              | /                                                                                |                   | Area señalizada y aislada                                             | /   |     |     |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | /                     |    | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra (vientos)?                                                       | /                                                                                |                   | Se tienen identificados los riesgos de la labor                       | /   |     |     |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |    |                                                                                                             |                                                                                  |                   | SUSTANCIAS QUIMICAS                                                   |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI                    | NO | N/A                                                                                                         |                                                                                  | SI                | NO                                                                    | N/A |     |     |
| ¿El área de trabajo al inicio y final esta limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | /                     |    |                                                                                                             | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? | /                 |                                                                       |     |     |     |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                       | /                     |    |                                                                                                             | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                | /                 |                                                                       |     |     |     |
| Los abajo firmantes confirman que el area de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente. |                       |    |                                                                                                             |                                                                                  |                   |                                                                       |     |     |     |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |    |                                                                                                             |                                                                                  |                   |                                                                       |     |     |     |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NOMBRE Y APELLIDO     |    |                                                                                                             | CEDULA                                                                           | FIRMA DE APERTURA | FIRMA DE CIERRE                                                       |     |     |     |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Ducán Reyes           |    |                                                                                                             | 1002 461 522                                                                     |                   |                                                                       |     |     |     |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Hermes Javier Pedraza |    |                                                                                                             | 9'396.928                                                                        |                   |                                                                       |     |     |     |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Karen Giron           |    |                                                                                                             | 1.059.604.023                                                                    |                   |                                                                       |     |     |     |





## SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CODIGO: SST-CSS-FT-01

VERSION: 001

## FORMATO PERMISO DE TRABAJO

FECHA: 1/07/2025

Elaboró: Consultor SST

Aprobó: Representante legal

Página 1 de 2

|                                   |                                   |                 |                |                       |            |                                            |                                                                    |                |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------|----------------|-----------------------|------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------|--|--|--|--|--|
| CENTRO DE TRABAJO                 | AREA/ LUGAR                       | FECHA DE INICIO | HORA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN | HORA FINAL | TIPO DE TRABAJO                            | RUTINARIO                                                          | RESPONSABLE    |  |  |  |  |  |
| Datam                             | Sena                              | 06-02-26        | 7:00am         | 06-07-26              | 5:00pm     | NO RUTINARIO                               | X                                                                  | Juanel Padraza |  |  |  |  |  |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD       | Mantenimiento baterías sanitarias |                 |                |                       |            | ¿ALTIMA APROXIMADA DE LA ACTIVIDAD? (mts)  | N/A                                                                |                |  |  |  |  |  |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR | Herramienta menor.                |                 |                |                       |            | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO?    | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                |  |  |  |  |  |
|                                   |                                   |                 |                |                       |            | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO? | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                |  |  |  |  |  |
|                                   |                                   |                 |                |                       |            | ¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL?        | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                |  |  |  |  |  |

| TRABAJADORES AUTORIZADOS                   |  |  |  | REQUERIMIENTO DE APTITUD |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              | Firma |                 |
|--------------------------------------------|--|--|--|--------------------------|------------------------------|----|--------------------------|----|---------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------|
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION |  |  |  | CARGO                    | Óptimas condiciones de salud |    | Seguridad social vigente |    | ¿Están calificados para la actividad? |    | El trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentran aptos para su uso |       |                 |
|                                            |  |  |  |                          | SI                           | NO | SI                       | NO | SI                                    | NO | SI                                                                                                           |       | NO              |
| 1. Luis Alejandro Vega                     |  |  |  | Auxiliar                 | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       | Luis Vega       |
| 2. Manuel Alejandro Salameca               |  |  |  | Aux Obra                 | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       | Manuel Salameca |
| 3. Ramiro Anella                           |  |  |  | Aux                      | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       | Ramiro Anella   |
| 4. Duvan Reyes                             |  |  |  | Residente Obra           | ✓                            |    | ✓                        |    | ✓                                     |    | ✓                                                                                                            |       | Duvan Reyes     |
| 5. Hernan Javier Padraza                   |  |  |  | Maestro                  | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       | Hernan Padraza  |
| 6. Angel Juan Ortiz Ahumada                |  |  |  | Aux                      | ✓                            |    | ✓                        |    | ✓                                     |    | ✓                                                                                                            |       | Angel Ortiz     |
| 7. Jarmenia Leon                           |  |  |  | Maestro                  | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       | Jarmenia Leon   |
| 8. Karen Guan                              |  |  |  | Residente                | ✓                            |    | ✓                        |    | ✓                                     |    | ✓                                                                                                            |       | Karen Guan      |
| 9.                                         |  |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |                 |
| 10.                                        |  |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |                 |
| 11.                                        |  |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |                 |
| 12.                                        |  |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |                 |
| 13.                                        |  |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |                 |
| 14.                                        |  |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |                 |

| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS |  |                                     |  |                                     |  | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ( seleccione según corresponda ) |  |                                     |  |                                     |  |
|---------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|-------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| SI                                          |  | NO                                  |  | SI                                  |  | SI                                                          |  | NO                                  |  | SI                                  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>         |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/>                         |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Guantes de soldador                         |  | Monogafas                           |  | Golpe por objeto en movimiento      |  | Atrapamiento del cuerpo                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>         |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | Golpeado por carga suspendida       |  | Proyección de partículas                                    |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>         |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | Casco                               |  | Golpeado contra objeto o estructura                         |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>         |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | Mascarilla media cara               |  | Caída al mismo nivel                                        |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>         |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | Filtros                             |  | Contacto con energía eléctrica                              |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>         |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | Contactos de sustancias tóxicas                             |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |

A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGUN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

| TRABAJO EN ALTURAS                  |    |     |                              |    |     |                                                                                             |    |     |                                     |    |     |
|-------------------------------------|----|-----|------------------------------|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|-------------------------------------|----|-----|
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN               |    |     | SISTEMA DE ACCESO            |    |     | Control Trabajo en Alturas                                                                  |    |     | SI                                  |    |     |
| SI                                  | NO | N/A | SI                           | NO | N/A | SI                                                                                          | NO | N/A | SI                                  | NO | N/A |
| <input checked="" type="checkbox"/> |    |     | Andamios                     |    |     | ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre? |    |     | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| <input checked="" type="checkbox"/> |    |     | Escalera                     |    |     | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas u objetos de trabajo?                       |    |     | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| <input checked="" type="checkbox"/> |    |     | Elevador                     |    |     | ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?        |    |     | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| <input checked="" type="checkbox"/> |    |     | Grúa con canasta             |    |     | ¿Las escaleras y pasarelas cuentan con barandas y rodapiés?                                 |    |     | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| <input checked="" type="checkbox"/> |    |     | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO |    |     | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas?                             |    |     | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |                              |    |     | ¿Cuenta con los epps requeridos?                                                            |    |     | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |                              |    |     | ¿Se realizó inspección de EPCC?                                                             |    |     | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| <input checked="" type="checkbox"/> |    |     | Posicionamiento              |    |     | ¿Se verificó competencias de los trabajadores?                                              |    |     | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| <input checked="" type="checkbox"/> |    |     | Restricción                  |    |     | ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                                       |    |     | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |
| <input checked="" type="checkbox"/> |    |     | Detención                    |    |     |                                                                                             |    |     | <input checked="" type="checkbox"/> |    |     |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                     |                                     |                                                                                                             |                                     |                          |                                                                                  |                                     |                                     |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                     | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                                   |                                     |                          | SI                                                                               | NO                                  | N/A                                 |                          |
| Seleccione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SI                                  | NO                                  | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                            |                                     |                          | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                          |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                                 |                                     |                          | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                          |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y están en buen estado                                        |                                     |                          | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                          |
| Gorro tipo arabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | Acceso al área fue restringido                                                                              |                                     |                          | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                          |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                        |                                     |                          | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                          |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | La maquinaria amarilla cuenta con las condiciones aptas para la ejecución                                   |                                     |                          | <input type="checkbox"/>                                                         | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                     |                                     |                          | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                          |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                     | IZAJE DE CARGAS                                                                                             |                                     |                          | BLOQUEO ENERGIAS PELIGROSAS                                                      |                                     |                                     |                          |
| SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | NO                                  |                                     | SI                                                                                                          | NO                                  |                          | SI                                                                               | NO                                  | N/A                                 |                          |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente están libre de sustancias peligrosas?                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a movilizar? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autorización de oficial de bloqueo                                               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Corte visible de las fuentes de energías                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| ¿Cuenta con extintor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | ¿Los certificados de operador y aparejador están acorde a la capacidad del equipo a operar?                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energía            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Área señalizada y aislada                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra (vientos)?                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Se tienen identificados los riesgos de la labor                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                     |                                                                                                             |                                     |                          | SUSTANCIAS QUIMICAS                                                              |                                     |                                     |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |                                     | SI                                                                                                          | NO                                  | N/A                      |                                                                                  |                                     |                                     |                          |
| ¿El área de trabajo al inicio y final está limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                         | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? |                                     |                                     |                          |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                         | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                |                                     |                                     |                          |
| Los abajo firmantes confirman que el área de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente. |                                     |                                     |                                                                                                             |                                     |                          |                                                                                  |                                     |                                     |                          |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                     |                                                                                                             |                                     |                          |                                                                                  |                                     |                                     |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |                                     |                                                                                                             |                                     |                          |                                                                                  |                                     |                                     |                          |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     | NOMBRE Y APELLIDO                   |                                                                                                             | CEDULA                              |                          | FIRMA DE APERTURA                                                                |                                     | FIRMA DE CIERRE                     |                          |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     | Duvan Reyes                         |                                                                                                             | 1002 461 522                        |                          |                                                                                  |                                     |                                     |                          |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                     | Hirmer Janner Raza                  |                                                                                                             | 9396.978                            |                          |                                                                                  |                                     |                                     |                          |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     | Karen Giron                         |                                                                                                             | 1.057601.073                        |                          |                                                                                  |                                     |                                     |                          |





## FORMATO PERMISO DE TRABAJO

FECHA: 1/07/2025

Elaboro: Consultor sst

Aprobó: Representante legal

Página 1 de 2

|                                   |                                   |                 |                |                       |            |                                              |                                                                    |                |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------|----------------|-----------------------|------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------|
| CENTRO DE TRABAJO                 | AREA/ LUGAR                       | FECHA DE INICIO | HORA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN | HORA FINAL | TIPO DE TRABAJO                              | RUTINARIO                                                          | RESPONSABLE    |
| Dutama                            | Sena                              | 07-02-26        | 7:00 am        | 07-02-26              | 12:00 PM   |                                              | NO RUTINARIO                                                       | Javier Pedraza |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD       | Mantenimiento baterías sanitarias |                 |                |                       |            | ¿ALTIMETRO APROXIMADO DE LA ACTIVIDAD? (mts) |                                                                    | N/A            |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR | Herramienta nuevo                 |                 |                |                       |            | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO?      | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                |
|                                   |                                   |                 |                |                       |            | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO?   | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                |
|                                   |                                   |                 |                |                       |            | ¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL?          | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                |

| TRABAJADORES AUTORIZADOS                   |  |  |  | REQUERIMIENTO DE APTITUD |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |       |
|--------------------------------------------|--|--|--|--------------------------|------------------------------|----|--------------------------|----|---------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION |  |  |  | CARGO                    | Óptimas condiciones de salud |    | Seguridad social vigente |    | ¿Están calificados para la actividad? |    | El trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentran aptos para su uso |    | Firma |
|                                            |  |  |  |                          | SI                           | NO | SI                       | NO | SI                                    | NO | SI                                                                                                           | NO |       |
| 1. Homes Jover Pedraza                     |  |  |  | Maestro                  | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    |       |
| 2. Duvón Reyes                             |  |  |  | Residente Obra           | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    |       |
| 3. Lisbet Johana Ortiz Alvarez             |  |  |  | Asa                      | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    |       |
| 4. Karen Giron                             |  |  |  | Residente SST            | ✓                            |    | ✓                        |    | ✓                                     |    | ✓                                                                                                            |    |       |
| 5. Yaniel Alejandro Salameiro              |  |  |  | Asa                      | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    |       |
| 6. Ramiro Avella                           |  |  |  | Asa                      | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    |       |
| 7. Darmaio Bean                            |  |  |  | Maestro                  | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |    |       |
| 8.                                         |  |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |       |
| 9.                                         |  |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |       |
| 10.                                        |  |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |       |
| 11.                                        |  |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |       |
| 12.                                        |  |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |       |
| 13.                                        |  |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |       |
| 14.                                        |  |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |       |

| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS |  |    |    |                       |  | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ( seleccione según corresponda ) |    |                                     |   |                                 |  |
|---------------------------------------------|--|----|----|-----------------------|--|-------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------|---|---------------------------------|--|
|                                             |  | SI | NO |                       |  | SI                                                          | NO |                                     |   |                                 |  |
| Guantes de soldador                         |  |    | ✓  | Monogafas             |  | ✓                                                           |    | Golpe por objeto en movimiento      |   | Atrapamiento del cuerpo         |  |
| Protección facial                           |  | ✓  |    | Montera               |  | ✓                                                           |    | Golpeado por carga suspendida       |   | Proyección de partículas        |  |
| Botas de seguridad                          |  | ✓  |    | Overol                |  | ✓                                                           |    | Golpeado contra objeto o estructura |   | Explosión                       |  |
| Guantes nitrilo                             |  | ✓  |    | Casco                 |  | ✓                                                           |    | Caida al mismo nivel                | ✓ | Intoxicación                    |  |
| Gafas de seguridad                          |  | ✓  |    | Mascarilla media cara |  | ✓                                                           |    | Contacto con energía eléctrica      |   | Contactos de sustancias tóxicas |  |
| Guantes vaqueta                             |  | ✓  |    | Filtros               |  | ✓                                                           |    |                                     |   |                                 |  |

## A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGÚN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

| TRABAJO EN ALTURAS                |    |    |     |                              |    |    |     |                                                                                             |    |    |     |
|-----------------------------------|----|----|-----|------------------------------|----|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----|
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN             | SI | NO | N/A | SISTEMA DE ACCESO            | SI | NO | N/A | Control Trabajo en Alturas                                                                  | SI | NO | N/A |
| Delimitación del área             |    |    |     | Andamios                     |    |    |     | ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre? |    |    |     |
| Ayudante de seguridad             |    |    |     | Escalera                     |    |    |     | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas u objetos de trabajo?                       |    |    |     |
| Verificación de puntos de anclaje |    |    |     | Elevador                     |    |    |     | ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?        |    |    |     |
| Señalización del área             |    |    |     | Grúa con canasta             |    |    |     | ¿Las escaleras y pasarelas cuentan con barandas y rodapiés?                                 |    |    |     |
| Línea de advertencia              |    |    |     | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO |    |    |     | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas?                             |    |    |     |
| Trabajo en suspensión             |    |    |     |                              |    |    |     | ¿Cuenta con los epps requeridos?                                                            |    |    |     |
| Control de acceso                 |    |    |     | Posicionamiento              |    |    |     | ¿Se realizó inspección de EPCC?                                                             |    |    |     |
| Barandas                          |    |    |     | Restricción                  |    |    |     | ¿Se verificó competencias de los trabajadores?                                              |    |    |     |
| ¿Otros? ¿Cuales?                  |    |    |     | Detención                    |    |    |     | ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                                       |    |    |     |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |    |                                                                                                             |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                      |    | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                                   |                                                                                  |                     | SI                                                                    | NO  | N/A |     |
| Seleccione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SI                   | NO |                                                                                                             |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | /                    |    | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                            |                                                                                  |                     | /                                                                     |     |     |     |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | /                    |    | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                                 |                                                                                  |                     | /                                                                     |     |     |     |
| Gorro tipo arabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | /                    |    | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y estan en buen estado                                        |                                                                                  |                     | /                                                                     |     |     |     |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | /                    |    | Acceso al area fue restringido                                                                              |                                                                                  |                     | /                                                                     |     |     |     |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | /                    |    | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                        |                                                                                  |                     | /                                                                     |     |     |     |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | /                    |    | La maquinaria amarilla cuenta con las condiciones aptas para la ejecución                                   |                                                                                  |                     | /                                                                     |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                      |    | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                     |                                                                                  |                     | /                                                                     |     |     |     |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |    | IZAJE DE CARGAS                                                                                             |                                                                                  |                     | BLOQUEO ENERGIAS PELIGROSAS                                           |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI                   | NO |                                                                                                             | SI                                                                               | NO                  |                                                                       | SI  | NO  | N/A |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente estan libre de sustancias?                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |    | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a movilizar? |                                                                                  |                     | Autorización de oficial de bloqueo                                    |     |     |     |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |    | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                              |                                                                                  |                     | Corte visible de las fuentes de energías                              |     |     |     |
| ¿Cuenta con extintor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |    | ¿Los certificados de operador y aparejador estan acorde a la capacidad del equipo a operar?                 |                                                                                  |                     | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energia |     |     |     |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |    | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                    |                                                                                  |                     | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                     |     |     |     |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |    | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                              |                                                                                  |                     | Area señalizada y aislada                                             |     |     |     |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      |    | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra(vientos)?                                                        |                                                                                  |                     | Se tienen identificados los riesgos de la labor                       |     |     |     |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |    |                                                                                                             |                                                                                  | SUSTANCIAS QUIMICAS |                                                                       |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI                   | NO | N/A                                                                                                         |                                                                                  | SI                  | NO                                                                    | N/A |     |     |
| ¿El área de trabajo al inicio y final esta limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | /                    |    |                                                                                                             | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? |                     |                                                                       |     |     |     |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |    | /                                                                                                           | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                |                     |                                                                       |     |     |     |
| Los abajo firmantes confirman que el area de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente. |                      |    |                                                                                                             |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |    |                                                                                                             |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NOMBRE Y APELLIDO    |    |                                                                                                             | CEDULA                                                                           | FIRMA DE APERTURA   | FIRMA DE CIERRE                                                       |     |     |     |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Duvan Reyes          |    |                                                                                                             | 100.2461.522                                                                     | <i>[Firma]</i>      | <i>[Firma]</i>                                                        |     |     |     |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Hermes Javier Padron |    |                                                                                                             | 91396.928                                                                        | <i>[Firma]</i>      | <i>[Firma]</i>                                                        |     |     |     |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Karen Giron          |    |                                                                                                             | 1.057.609.023                                                                    | <i>[Firma]</i>      | <i>[Firma]</i>                                                        |     |     |     |



| SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO                                          |                       | CODIGO: SST-CSS-PT-41                                              |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| FORMATO PERMISO DE TRABAJO                                                                  |                       | VERSION: 001                                                       |                                     |
| Elaboro: Consultor SST                                                                      |                       | Aprobó: Representante legal                                        |                                     |
|                                                                                             |                       | FECHA: 1/07/2025                                                   |                                     |
|                                                                                             |                       | Página 1 de 2                                                      |                                     |
| CENTRO DE TRABAJO                                                                           | AREA/ LUGAR           | FECHA DE INICIO                                                    | HORA DE INICIO                      |
| Dutoma                                                                                      | Orfaleagro            | 09-02-26                                                           | 7:00                                |
| FECHA DE FINALIZACIÓN                                                                       | HORA FINAL            | TIPO DE TRABAJO                                                    |                                     |
| 09.02.26                                                                                    | 5:00 PM               | NO RUTINARIO                                                       |                                     |
| RESPONSABLE                                                                                 |                       | Javier Padraza                                                     |                                     |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD                                                                 |                       | ¿ALTIMETRIA APROXIMADA DE LA ACTIVIDAD? (mts)                      |                                     |
| Mantenimiento bitenas sanitarias                                                            |                       | N/A                                                                |                                     |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR                                                           |                       | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO?                            |                                     |
| Herramienta manual                                                                          |                       | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
|                                                                                             |                       | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO?                         |                                     |
|                                                                                             |                       | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                     |
|                                                                                             |                       | ¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL?                                |                                     |
|                                                                                             |                       | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                     |
| TRABAJADORES AUTORIZADOS                                                                    |                       | REQUERIMIENTO DE APTITUD                                           |                                     |
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION                                                  | CARGO                 | Óptimas condiciones de salud                                       | Seguridad social vigente            |
|                                                                                             |                       | SI NO                                                              | SI NO                               |
| 1. Johana Ortiz                                                                             | As. Oco               | <input checked="" type="checkbox"/>                                | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Manuel Alejandro Salame                                                                  | As                    | <input checked="" type="checkbox"/>                                | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Luis Alejandro Vega                                                                      | As                    | <input checked="" type="checkbox"/>                                | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. Darmino Ceron                                                                            | Man                   | <input checked="" type="checkbox"/>                                | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. Karen Giron                                                                              | Residente             | <input checked="" type="checkbox"/>                                | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. Javier Padraza                                                                           | Marin                 | <input checked="" type="checkbox"/>                                | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7. Zamir Arilla                                                                             | As                    | <input checked="" type="checkbox"/>                                | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8. Duán Reyes                                                                               | Residente             | <input checked="" type="checkbox"/>                                | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                 |                       | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ( seleccione según corresponda )        |                                     |
| SI NO                                                                                       | SI NO                 |                                                                    |                                     |
| Guantes de soldador                                                                         | Monogafas             | Golpe por objeto en movimiento                                     |                                     |
| Protección facial                                                                           | Montera               | Golpeado por carga suspendida                                      |                                     |
| Botas de seguridad                                                                          | Overol                | Golpeado contra objeto o estructura                                |                                     |
| Guantes nitrilo                                                                             | Casco                 | Calda al mismo nivel                                               |                                     |
| Gafas de seguridad                                                                          | Mascarilla media cara | Contacto con energía eléctrica                                     |                                     |
| Guantes vaqueta                                                                             | Filtros               | Contactos de sustancias tóxicas                                    |                                     |
| A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGÚN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR      |                       |                                                                    |                                     |
| TRABAJO EN ALTURAS                                                                          |                       |                                                                    |                                     |
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN                                                                       | SI NO N/A             | SISTEMA DE ACCESO                                                  | SI NO N/A                           |
| Delimitación del área                                                                       |                       | Andamios                                                           |                                     |
| Ayudante de seguridad                                                                       |                       | Escalera                                                           |                                     |
| Verificación de puntos de anclaje                                                           |                       | Elevador                                                           |                                     |
| Señalización del área                                                                       |                       | Grúa con canasta                                                   |                                     |
| Línea de advertencia                                                                        |                       | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO                                       |                                     |
| Trabajo en suspensión                                                                       |                       |                                                                    |                                     |
| Control de acceso                                                                           |                       | Posicionamiento                                                    |                                     |
| Barandas                                                                                    |                       | Restricción                                                        |                                     |
| ¿Otros? ¿Cuales?                                                                            |                       | Detención                                                          |                                     |
| Control Trabajo en Alturas                                                                  |                       | SI NO N/A                                                          |                                     |
| ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre? |                       |                                                                    |                                     |
| ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas u objetos de trabajo?                       |                       |                                                                    |                                     |
| ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?        |                       |                                                                    |                                     |
| ¿Las escaleras y pasarelas cuentan con barandas y rodapiés?                                 |                       |                                                                    |                                     |
| ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas?                             |                       |                                                                    |                                     |
| ¿Cuenta con los epps requeridos?                                                            |                       |                                                                    |                                     |
| ¿Se realizó inspección de EPCC?                                                             |                       |                                                                    |                                     |
| ¿Se verificó competencias de los trabajadores?                                              |                       |                                                                    |                                     |
| ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                                       |                       |                                                                    |                                     |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                      |                                                                                                             |               |  |                                                                                  |    |                 |    |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--|----------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------|----|-----|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                      | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                                   |               |  | SI                                                                               | NO | N/A             |    |     |
| Seleccione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                      |                                                                                                             |               |  |                                                                                  |    |                 |    |     |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                      | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                            |               |  |                                                                                  |    |                 |    |     |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                      | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                                 |               |  |                                                                                  |    |                 |    |     |
| Gorro tipo arabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                      | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y estan en buen estado                                        |               |  |                                                                                  |    |                 |    |     |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                      | Acceso al area fue restringido                                                                              |               |  |                                                                                  |    |                 |    |     |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                      | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                        |               |  |                                                                                  |    |                 |    |     |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                      | La maquinaria amarra cuentas con las condiciones aptas para la ejecución                                    |               |  |                                                                                  |    |                 |    |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                      | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                     |               |  |                                                                                  |    |                 |    |     |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                      | IZAJE DE CARGAS                                                                                             |               |  | BLOQUEO ENERGIAS PELIGROSAS                                                      |    |                 |    |     |
| SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                      | NO                                                                                                          |               |  | SI                                                                               | NO | SI              | NO | N/A |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente estan libre y/o aisladas de sustancias?                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                      | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a movilizar? |               |  | Autorización de oficial de bloqueo                                               |    |                 |    |     |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                      | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                              |               |  | Corte visible de las fuentes de energias                                         |    |                 |    |     |
| ¿Cuenta con extintor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                      | ¿Los certificados de operador y aparejador estan acorde a la capacidad del equipo a operar?                 |               |  | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energia            |    |                 |    |     |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                      | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                    |               |  | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                                |    |                 |    |     |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                      | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                              |               |  | Area señalizada y aislada                                                        |    |                 |    |     |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                      | ¿Se cuenta con cable guia para la maniobra(ventos)?                                                         |               |  | Se tienen identificados los riesgos de la labor                                  |    |                 |    |     |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                      |                                                                                                             |               |  | SUSTANCIAS QUIMICAS                                                              |    |                 |    |     |
| SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                      |                                                                                                             |               |  | NO                                                                               |    |                 |    | N/A |
| ¿El área de trabajo al inicio y final esta limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                      |                                                                                                             |               |  | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? |    |                 |    |     |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                      |                                                                                                             |               |  | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                |    |                 |    |     |
| Los abajo firmantes confirman que el area de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en esta permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente. |  |                      |                                                                                                             |               |  |                                                                                  |    |                 |    |     |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                      |                                                                                                             |               |  |                                                                                  |    |                 |    |     |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | NOMBRE Y APELLIDO    |                                                                                                             | CEDULA        |  | FIRMA DE APERTURA                                                                |    | FIRMA DE CIERRE |    |     |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Dionisio Reyes       |                                                                                                             | 1002467522    |  | [Firma]                                                                          |    | [Firma]         |    |     |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Armenis para Pedraza |                                                                                                             | 9'396979      |  | [Firma]                                                                          |    | [Firma]         |    |     |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Karen Girón          |                                                                                                             | 1.059.604-023 |  | [Firma]                                                                          |    | [Firma]         |    |     |



| SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO                                     |             |                                     |                |                                     |            |                                               |                                                  |                                                                    |  | CODIGO: SST-CSS-FT-01                 |  |                                                                                                              |  |         |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------------|------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------|--|
| FORMATO PERMISO DE TRABAJO                                                             |             |                                     |                |                                     |            |                                               |                                                  |                                                                    |  | VERSION: 001                          |  |                                                                                                              |  |         |  |
| Elabora: Consultor SST                                                                 |             |                                     |                |                                     |            |                                               |                                                  |                                                                    |  | FECHA: 1/07/2025                      |  |                                                                                                              |  |         |  |
| Aprobó: Representante legal                                                            |             |                                     |                |                                     |            |                                               |                                                  |                                                                    |  | Página 1 de 2                         |  |                                                                                                              |  |         |  |
| CENTRO DE TRABAJO                                                                      | AREA/ LUGAR | FECHA DE INICIO                     | HORA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN               | HORA FINAL | TIPO DE TRABAJO                               | RUTINARIO                                        | RESPONSABLE                                                        |  |                                       |  |                                                                                                              |  |         |  |
| Antama                                                                                 | pedregno    | 02.26                               | 7:00 am        | 02.26                               | 5:00 pm    |                                               | NO RUTINARIO <input checked="" type="checkbox"/> | Javier Pedraza                                                     |  |                                       |  |                                                                                                              |  |         |  |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD                                                            |             |                                     |                |                                     |            | ¿ALTIMETRIA APROXIMADA DE LA ACTIVIDAD? (mts) |                                                  | N/A                                                                |  |                                       |  |                                                                                                              |  |         |  |
| Mantenimiento baterías sanitarias                                                      |             |                                     |                |                                     |            | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO?       |                                                  | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |  |                                       |  |                                                                                                              |  |         |  |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR                                                      |             |                                     |                |                                     |            | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO?    |                                                  | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  |                                       |  |                                                                                                              |  |         |  |
| Herramienta menor                                                                      |             |                                     |                |                                     |            | ¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL?           |                                                  | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  |                                       |  |                                                                                                              |  |         |  |
| TRABAJADORES AUTORIZADOS                                                               |             |                                     |                |                                     |            | REQUERIMIENTO DE APTITUD                      |                                                  |                                                                    |  |                                       |  |                                                                                                              |  |         |  |
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION                                             |             |                                     |                | CARGO                               |            | Óptimas condiciones de salud                  |                                                  | Seguridad social vigente                                           |  | ¿Están calificados para la actividad? |  | El trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentran aptos para su uso |  | Firma   |  |
|                                                                                        |             |                                     |                |                                     |            | SI NO                                         |                                                  | SI NO                                                              |  | SI NO                                 |  | SI NO                                                                                                        |  |         |  |
| 1. Karen Giron                                                                         |             |                                     |                | Pendiente SST                       |            | <input checked="" type="checkbox"/>           |                                                  | <input checked="" type="checkbox"/>                                |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | [Firma] |  |
| 2. Manuel Alvaro Selamauca                                                             |             |                                     |                | Aux                                 |            | <input checked="" type="checkbox"/>           |                                                  | <input checked="" type="checkbox"/>                                |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | [Firma] |  |
| 3. Duval Rey                                                                           |             |                                     |                | Residente O                         |            | <input checked="" type="checkbox"/>           |                                                  | <input checked="" type="checkbox"/>                                |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | [Firma] |  |
| 4. Horacio Javier Pedraza                                                              |             |                                     |                | Maestro                             |            | <input checked="" type="checkbox"/>           |                                                  | <input checked="" type="checkbox"/>                                |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | [Firma] |  |
| 5. Luis Alejandro Vago                                                                 |             |                                     |                | Aux                                 |            | <input checked="" type="checkbox"/>           |                                                  | <input checked="" type="checkbox"/>                                |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | [Firma] |  |
| 6. Damián Giron                                                                        |             |                                     |                | Norte                               |            | <input checked="" type="checkbox"/>           |                                                  | <input checked="" type="checkbox"/>                                |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | [Firma] |  |
| 7. [Firma]                                                                             |             |                                     |                | [Firma]                             |            | <input checked="" type="checkbox"/>           |                                                  | <input checked="" type="checkbox"/>                                |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | [Firma] |  |
| 8. Izamiro Avila                                                                       |             |                                     |                | Ita                                 |            | <input checked="" type="checkbox"/>           |                                                  | <input checked="" type="checkbox"/>                                |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | [Firma] |  |
| 9.                                                                                     |             |                                     |                |                                     |            |                                               |                                                  |                                                                    |  |                                       |  |                                                                                                              |  |         |  |
| 10.                                                                                    |             |                                     |                |                                     |            |                                               |                                                  |                                                                    |  |                                       |  |                                                                                                              |  |         |  |
| 11.                                                                                    |             |                                     |                |                                     |            |                                               |                                                  |                                                                    |  |                                       |  |                                                                                                              |  |         |  |
| 12.                                                                                    |             |                                     |                |                                     |            |                                               |                                                  |                                                                    |  |                                       |  |                                                                                                              |  |         |  |
| 13.                                                                                    |             |                                     |                |                                     |            |                                               |                                                  |                                                                    |  |                                       |  |                                                                                                              |  |         |  |
| 14.                                                                                    |             |                                     |                |                                     |            |                                               |                                                  |                                                                    |  |                                       |  |                                                                                                              |  |         |  |
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                            |             |                                     |                |                                     |            |                                               |                                                  |                                                                    |  |                                       |  |                                                                                                              |  |         |  |
| SI                                                                                     |             | NO                                  |                | SI                                  |            | NO                                            |                                                  | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ( seleccione según corresponda )        |  |                                       |  |                                                                                                              |  |         |  |
| Guantes de soldador                                                                    |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | Monogafas                           |            | <input checked="" type="checkbox"/>           |                                                  | Golpe por objeto en movimiento                                     |  |                                       |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |         |  |
| Protección facial                                                                      |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | Mortera                             |            | <input checked="" type="checkbox"/>           |                                                  | Golpeado por carga suspendida                                      |  |                                       |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |         |  |
| Botas de seguridad                                                                     |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | Casco                               |            | <input checked="" type="checkbox"/>           |                                                  | Golpeado contra objeto o estructura                                |  |                                       |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |         |  |
| Guantes nitrilo                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | Mascarilla media cara               |            | <input checked="" type="checkbox"/>           |                                                  | Caída al mismo nivel                                               |  |                                       |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |         |  |
| Gafas de seguridad                                                                     |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | Filtros                             |            | <input checked="" type="checkbox"/>           |                                                  | Contacto con energía eléctrica                                     |  |                                       |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |         |  |
| Guantes vaqueta                                                                        |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                |                                     |            |                                               |                                                  | Contactos de sustancias tóxicas                                    |  |                                       |  |                                                                                                              |  |         |  |
| A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGÚN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |             |                                     |                |                                     |            |                                               |                                                  |                                                                    |  |                                       |  |                                                                                                              |  |         |  |
| TRABAJO EN ALTURAS                                                                     |             |                                     |                |                                     |            |                                               |                                                  |                                                                    |  |                                       |  |                                                                                                              |  |         |  |
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN                                                                  |             | SI                                  |                | NO                                  |            | N/A                                           |                                                  | SISTEMA DE ACCESO                                                  |  | SI                                    |  | NO                                                                                                           |  | N/A     |  |
| Delimitación del área                                                                  |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |            |                                               |                                                  | Andamios                                                           |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |         |  |
| Ayudante de seguridad                                                                  |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |            |                                               |                                                  | Escalera                                                           |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |         |  |
| Verificación de puntos de anclaje                                                      |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |            |                                               |                                                  | Elevador                                                           |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |         |  |
| Señalización del área                                                                  |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |            |                                               |                                                  | Grúa con canasta                                                   |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |         |  |
| Línea de advertencia                                                                   |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |            |                                               |                                                  | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO                                       |  |                                       |  | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas?                                              |  |         |  |
| Trabajo en suspensión                                                                  |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |            |                                               |                                                  |                                                                    |  |                                       |  | ¿Cuenta con los epps requeridos?                                                                             |  |         |  |
| Control de acceso                                                                      |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |            |                                               |                                                  | Posicionamiento                                                    |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |         |  |
| Barandas                                                                               |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |            |                                               |                                                  | Restricción                                                        |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |         |  |
| ¿Otros? ¿Cuáles?                                                                       |             | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input checked="" type="checkbox"/> |            |                                               |                                                  | Detención                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/>   |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  |         |  |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                       |    |                                                                                                             |                                                                                  |                     |                                                                       |                 |     |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------|-----|-----|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |    | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                                   |                                                                                  |                     | SI                                                                    | NO              | N/A |     |
| Selecciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | SI                    | NO |                                                                                                             |                                                                                  |                     |                                                                       |                 |     |     |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |    | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                            |                                                                                  |                     |                                                                       |                 |     |     |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |    | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                                 |                                                                                  |                     |                                                                       |                 |     |     |
| Gorro tipo arabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |    | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y estan en buen estado                                        |                                                                                  |                     |                                                                       |                 |     |     |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |    | Acceso al area fue restringido                                                                              |                                                                                  |                     |                                                                       |                 |     |     |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |    | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                        |                                                                                  |                     |                                                                       |                 |     |     |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |    | La maquinaria amarilla cuenta con las condiciones aptas para la ejecución                                   |                                                                                  |                     |                                                                       |                 |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |    | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                     |                                                                                  |                     |                                                                       |                 |     |     |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |    | IZAJE DE CARGAS                                                                                             |                                                                                  |                     | BLOQUEO ENERGIAS PELIGROSAS                                           |                 |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SI                    | NO |                                                                                                             | SI                                                                               | NO                  |                                                                       | SI              | NO  | N/A |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente estan libre de sustancias peligrosas?                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |    | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a movilizar? |                                                                                  |                     | Autorización de oficial de bloqueo                                    |                 |     |     |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |    | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                              |                                                                                  |                     | Corte visible de las fuentes de energias                              |                 |     |     |
| ¿Cuenta con extintor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |    | ¿Los certificados de operador y aparejador estan acorde a la capacidad del equipo a operar?                 |                                                                                  |                     | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energia |                 |     |     |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |    | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                    |                                                                                  |                     | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                     |                 |     |     |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |    | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                              |                                                                                  |                     | Área señalizada y aislada                                             |                 |     |     |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |    | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra(vientos)?                                                        |                                                                                  |                     | Se tienen identificados los riesgos de la labor                       |                 |     |     |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |    |                                                                                                             |                                                                                  | SUSTANCIAS QUIMICAS |                                                                       |                 |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SI                    | NO | N/A                                                                                                         |                                                                                  | SI                  | NO                                                                    | N/A             |     |     |
| ¿El área de trabajo al inicio y final esta limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |    |                                                                                                             | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? |                     |                                                                       |                 |     |     |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |    |                                                                                                             | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                |                     |                                                                       |                 |     |     |
| <p>Los abajo firmantes confirman que el area de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutores son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente.</p> |                       |    |                                                                                                             |                                                                                  |                     |                                                                       |                 |     |     |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |    |                                                                                                             |                                                                                  |                     |                                                                       |                 |     |     |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | NOMBRE Y APELLIDO     |    |                                                                                                             | CEDULA                                                                           | FIRMA DE APERTURA   |                                                                       | FIRMA DE CIERRE |     |     |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Duvan Reyes           |    |                                                                                                             | 1002461522                                                                       | [Firma]             |                                                                       | [Firma]         |     |     |
| MAESTRO DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Hermes Javier Pedraza |    |                                                                                                             | 11396.978                                                                        | [Firma]             |                                                                       | [Firma]         |     |     |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Karen Giron           |    |                                                                                                             | 1.057.604.023                                                                    | [Firma]             |                                                                       | [Firma]         |     |     |





## SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CODIGO: SST-CSS-FY-41

VERSION: 001

## FORMATO PERMISO DE TRABAJO

FECHA: 1/07/2025

Elaboró: Consultor SST

Aprobó: Representante legal

Página 1 de 2

|                                   |                                   |                 |                |                       |            |                                            |                                                                    |              |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------|----------------|-----------------------|------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------|
| CENTRO DE TRABAJO                 | AREA/LUGAR                        | FECHA DE INICIO | HORA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN | HORA FINAL | TIPO DE TRABAJO                            | RUTINARIO                                                          | RESPONSABLE  |
| Duitama                           | Sena / Sede agro                  | 11.02.26        | 7:00 am        | 11.02.26              | 5:00 pm    |                                            | NO RUTINARIO <input checked="" type="checkbox"/>                   | Juan Pedraza |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD       | Mantenimiento baterías sanitarias |                 |                |                       |            | ¿ALTIMA APROXIMADA DE LA ACTIVIDAD? (mts)  | NA                                                                 |              |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR | Herramienta menor                 |                 |                |                       |            | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO?    | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |              |
|                                   |                                   |                 |                |                       |            | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO? | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |              |
|                                   |                                   |                 |                |                       |            | ¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL?        | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |              |

## TRABAJADORES AUTORIZADOS

## REQUERIMIENTO DE APTITUD

| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION | CARGO         | Óptimas condiciones de salud        |    | Seguridad social vigente            |    | ¿Están calificados para la actividad? |    | El trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentran aptos para su uso |    | Firma          |
|--------------------------------------------|---------------|-------------------------------------|----|-------------------------------------|----|---------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------|
|                                            |               | SI                                  | NO | SI                                  | NO | SI                                    | NO | SI                                                                                                           | NO |                |
| 1. Luis Vega                               | Hua           | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/>   |    | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |    | Luis Vega      |
| 2. Daniel Alberto Serna                    | Aux Obc       | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/>   |    | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |    | Daniel Serna   |
| 3. Fernando Cerón                          | Maest         | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/>   |    | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |    | Fernando Cerón |
| 4. Ysabel Jhan Ortiz                       | Aux           | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/>   |    | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |    | Ysabel Ortiz   |
| 5. Ramiro Arella                           | Aux           | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/>   |    | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |    | Ramiro Arella  |
| 6. Duval Rey                               | Residente Obc |                                     |    |                                     |    |                                       |    |                                                                                                              |    | Duval Rey      |
| 7. Karen Giron                             | Residente Obc | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/>   |    | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |    | Karen Giron    |
| 8. Haniel Jaime Pedraza                    | Maest         | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/> |    | <input checked="" type="checkbox"/>   |    | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |    | Haniel Pedraza |
| 9.                                         |               |                                     |    |                                     |    |                                       |    |                                                                                                              |    |                |
| 10.                                        |               |                                     |    |                                     |    |                                       |    |                                                                                                              |    |                |
| 11.                                        |               |                                     |    |                                     |    |                                       |    |                                                                                                              |    |                |
| 12.                                        |               |                                     |    |                                     |    |                                       |    |                                                                                                              |    |                |
| 13.                                        |               |                                     |    |                                     |    |                                       |    |                                                                                                              |    |                |
| 14.                                        |               |                                     |    |                                     |    |                                       |    |                                                                                                              |    |                |

## ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS

## IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ( seleccione según corresponda )

|                     | SI                                  | NO                                  |                       | SI                                  | NO                                  |                                     |                                     |                                 |
|---------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| Guantes de soldador |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Monogafas             |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Golpe por objeto en movimiento      |                                     | Atrapamiento del cuerpo         |
| Protección facial   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Montera               |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Golpeado por carga suspendida       |                                     | Proyección de partículas        |
| Botas de seguridad  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | Overol                | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | Golpeado contra objeto o estructura |                                     | Explosión                       |
| Guantes nitrilo     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | Casco                 | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | Caida al mismo nivel                | <input checked="" type="checkbox"/> | Intoxicación                    |
| Gafas de seguridad  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | Mascarilla media cara |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Contacto con energía eléctrica      |                                     | Contactos de sustancias tóxicas |
| Guantes vaqueta     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | Filtros               |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                                 |

## A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGÚN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

## TRABAJO EN ALTURAS

| MEDIDAS DE PREVENCIÓN             | SI | NO | N/A | SISTEMA DE ACCESO            | SI | NO | N/A | Control Trabajo en Alturas                                                                  | SI | NO | N/A |
|-----------------------------------|----|----|-----|------------------------------|----|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----|
| Delimitación del área             |    |    |     | Andamios                     |    |    |     | ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre? |    |    |     |
| Ayudante de seguridad             |    |    |     | Escalera                     |    |    |     | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas u objetos de trabajo?                       |    |    |     |
| Verificación de puntos de anclaje |    |    |     | Elevador                     |    |    |     | ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?        |    |    |     |
| Señalización del área             |    |    |     | Grua con canasta             |    |    |     | ¿Las escaleras y pasarelas cuentan con barandas y rodapiés?                                 |    |    |     |
| Línea de advertencia              |    |    |     | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO |    |    |     | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas?                             |    |    |     |
| Trabajo en suspensión             |    |    |     |                              |    |    |     | ¿Cuenta con los epps requeridos?                                                            |    |    |     |
| Control de acceso                 |    |    |     | Posicionamiento              |    |    |     | ¿Se realizó inspección de EPCC?                                                             |    |    |     |
| Barandas                          |    |    |     | Restricción                  |    |    |     | ¿Se verificó competencias de los trabajadores?                                              |    |    |     |
| ¿Otros? ¿Cuáles?                  |    |    |     | Detención                    |    |    |     | ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                                       |    |    |     |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |    |                                                                                                             |    |                   |                                                                                  |                             |     |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----|-----|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |    | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                                   |    |                   |                                                                                  | SI                          | NO  | N/A |
| Seleccione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SI                  | NO |                                                                                                             |    |                   |                                                                                  |                             |     |     |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |    | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                            |    |                   |                                                                                  |                             |     |     |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |    | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                                 |    |                   |                                                                                  |                             |     |     |
| Gorro tipo arabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |    | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y están en buen estado                                        |    |                   |                                                                                  |                             |     |     |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |    | Acceso al area fue restringido                                                                              |    |                   |                                                                                  |                             |     |     |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |    | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                        |    |                   |                                                                                  |                             |     |     |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |    | La maquinaria amarró cuentas con las condiciones aptas para la ejecución                                    |    |                   |                                                                                  |                             |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |    | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                     |    |                   |                                                                                  |                             |     |     |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |    | IZAJE DE CARGAS                                                                                             |    |                   |                                                                                  | BLOQUEO ENERGIAS PELIGROSAS |     |     |
| SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | NO                  |    | SI                                                                                                          | NO |                   | SI                                                                               | NO                          | N/A |     |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente están libre de sustancias?                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |    | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a movilizar? |    |                   | Autorización de oficial de bloqueo                                               |                             |     |     |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |    | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                              |    |                   | Corte visible de las fuentes de energías                                         |                             |     |     |
| ¿Cuenta con extintor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |    | ¿Los certificados de operador y aparejador están acorde a la capacidad del equipo a operar?                 |    |                   | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energía            |                             |     |     |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |    | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                    |    |                   | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                                |                             |     |     |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |    | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                              |    |                   | Area señalizada y aislada                                                        |                             |     |     |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |    | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra (vientos)?                                                       |    |                   | Se tienen identificados los riesgos de la labor                                  |                             |     |     |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |    | SUSTANCIAS QUIMICAS                                                                                         |    |                   | SI                                                                               | NO                          | N/A |     |
| ¿El área de trabajo al inicio y final esta limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |    | SI                                                                                                          | NO | N/A               | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? |                             |     |     |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |    |                                                                                                             |    |                   | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                |                             |     |     |
| Los abajo firmantes confirman que el area de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente. |                     |    |                                                                                                             |    |                   |                                                                                  |                             |     |     |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |    |                                                                                                             |    |                   |                                                                                  |                             |     |     |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NOMBRE Y APELLIDO   |    | CEDULA                                                                                                      |    | FIRMA DE APERTURA |                                                                                  | FIRMA DE CIERRE             |     |     |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Duran Royer         |    | 1002461522                                                                                                  |    |                   |                                                                                  |                             |     |     |
| MAESTRO DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Hermes para Pedraza |    | 91346438                                                                                                    |    |                   |                                                                                  |                             |     |     |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Karen Giron         |    | 1.057.604.023                                                                                               |    |                   |                                                                                  |                             |     |     |



| SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO                                     |                 | CODIGO: SST-CSS-FT-01                                                                       |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| FORMATO PERMISO DE TRABAJO                                                             |                 | VERSION: 001                                                                                |                          |
| Elaboró: Consultor SST                                                                 |                 | Aprobó: Representante legal                                                                 |                          |
| FECHA: 1/07/2025                                                                       |                 | Página 1 de 2                                                                               |                          |
| CENTRO DE TRABAJO                                                                      | AREA/LUGAR      | FECHA DE INICIO                                                                             | HORA DE INICIO           |
| Duitama                                                                                | Barra Pedregosa | 12-02-26                                                                                    | 7:00 am                  |
| FECHA DE FINALIZACIÓN                                                                  | HORA FINAL      | TIPO DE TRABAJO                                                                             |                          |
| 12-02-26                                                                               | 5:00 pm         | NO RUTINARIO X                                                                              |                          |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD                                                            |                 | RESPONSABLE                                                                                 |                          |
| Mantenimiento baterías sanitarias                                                      |                 | JAVIER PEDRAZA                                                                              |                          |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR                                                      |                 | ALTIMETRA APROXIMADA DE LA ACTIVIDAD? (mts)                                                 |                          |
| Herramienta menor.                                                                     |                 | N/A                                                                                         |                          |
| ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO?                                                |                 | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                          |                          |
| ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO?                                             |                 | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                          |                          |
| ¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL?                                                    |                 | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                          |                          |
| TRABAJADORES AUTORIZADOS                                                               |                 | REQUERIMIENTO DE APTITUD                                                                    |                          |
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES - IDENTIFICACION                                            | CARGO           | Óptimas condiciones de salud                                                                | Seguridad social vigente |
|                                                                                        |                 | SI NO                                                                                       | SI NO                    |
| 1. Karen Giron                                                                         | Residente SST   | -                                                                                           | -                        |
| 2. Luis Reyes                                                                          | As              | -                                                                                           | -                        |
| 3. Manuel Alejandro Golemencia                                                         | As              | X                                                                                           | X                        |
| 4. Rafael Jarama Ortiz                                                                 | As              | -                                                                                           | -                        |
| 5. Jairo Pedraza                                                                       | Maestro         | X                                                                                           | X                        |
| 6. Porfirio Ceron                                                                      | Maestro         | X                                                                                           | X                        |
| 7. Izamir Arilla                                                                       | As              | -                                                                                           | -                        |
| 8. Duvali Reyes                                                                        | Residente Obra  | -                                                                                           | -                        |
| 9.                                                                                     |                 |                                                                                             |                          |
| 10.                                                                                    |                 |                                                                                             |                          |
| 11.                                                                                    |                 |                                                                                             |                          |
| 12.                                                                                    |                 |                                                                                             |                          |
| 13.                                                                                    |                 |                                                                                             |                          |
| 14.                                                                                    |                 |                                                                                             |                          |
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                            |                 | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS (seleccione según corresponda)                                   |                          |
| Guantes de soldador                                                                    | SI NO           | Monogafas                                                                                   | SI NO                    |
| Protección facial                                                                      | SI NO           | Montera                                                                                     | SI NO                    |
| Botas de seguridad                                                                     | SI NO           | Overol                                                                                      | SI NO                    |
| Guantes nitrilo                                                                        | SI NO           | Casco                                                                                       | SI NO                    |
| Gafas de seguridad                                                                     | SI NO           | Mascarilla media cara                                                                       | SI NO                    |
| Guantes vaqueta                                                                        | SI NO           | Filtros                                                                                     | SI NO                    |
|                                                                                        |                 | Golpe por objeto en movimiento                                                              |                          |
|                                                                                        |                 | Atrapamiento del cuerpo                                                                     |                          |
|                                                                                        |                 | Golpeado por carga suspendida                                                               |                          |
|                                                                                        |                 | Proyección de partículas                                                                    |                          |
|                                                                                        |                 | Golpeado contra objeto o estructura                                                         |                          |
|                                                                                        |                 | Explosión                                                                                   |                          |
|                                                                                        |                 | Caída al mismo nivel                                                                        |                          |
|                                                                                        |                 | Intoxicación                                                                                |                          |
|                                                                                        |                 | Contacto con energía eléctrica                                                              |                          |
|                                                                                        |                 | Contactos de sustancias tóxicas                                                             |                          |
| A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGÚN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |                 |                                                                                             |                          |
| TRABAJO EN ALTURAS                                                                     |                 |                                                                                             |                          |
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN                                                                  | SI NO N/A       | SISTEMA DE ACCESO                                                                           | SI NO N/A                |
| Delimitación del área                                                                  | SI NO N/A       | Andamios                                                                                    | SI NO N/A                |
| Ayudante de seguridad                                                                  | SI NO N/A       | Escalera                                                                                    | SI NO N/A                |
| Verificación de puntos de anclaje                                                      | SI NO N/A       | Elevador                                                                                    | SI NO N/A                |
| Señalización del área                                                                  | SI NO N/A       | Grúa con canasta                                                                            | SI NO N/A                |
| Línea de advertencia                                                                   | SI NO N/A       | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO                                                                |                          |
| Trabajo en suspensión                                                                  | SI NO N/A       |                                                                                             |                          |
| Control de acceso                                                                      | SI NO N/A       | Posicionamiento                                                                             | SI NO N/A                |
| Barandas                                                                               | SI NO N/A       | Restricción                                                                                 | SI NO N/A                |
| ¿Otros? ¿Cuales?                                                                       | SI NO N/A       | Detención                                                                                   | SI NO N/A                |
|                                                                                        |                 | ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre? |                          |
|                                                                                        |                 | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas u objetos de trabajo?                       |                          |
|                                                                                        |                 | ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?        |                          |
|                                                                                        |                 | ¿Las escaleras y pasarelas cuentan con barandas y rodapiés?                                 |                          |
|                                                                                        |                 | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas?                             |                          |
|                                                                                        |                 | ¿Cuenta con los apps requeridos?                                                            |                          |
|                                                                                        |                 | ¿Se realizó inspección de EPCC?                                                             |                          |
|                                                                                        |                 | ¿Se verificó competencias de los trabajadores?                                              |                          |
|                                                                                        |                 | ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                                       |                          |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                      |                                                                                                             |               |  |                                                                                  |  |                 |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--|----------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------|----|--|--|-----|--|--|--|--|--|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                      | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                                   |               |  | SI                                                                               |  |                 | NO |  |  | N/A |  |  |  |  |  |
| Selecciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                      |                                                                                                             |               |  |                                                                                  |  |                 |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                      | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                            |               |  |                                                                                  |  |                 |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                      | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                                 |               |  |                                                                                  |  |                 |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| Gorro tipo arabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                      | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y estan en buen estado                                        |               |  |                                                                                  |  |                 |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                      | Acceso al area fue restringido                                                                              |               |  |                                                                                  |  |                 |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                      | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                        |               |  |                                                                                  |  |                 |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                      | La maquinaria amarra cuentas con las condiciones aptas para la ejecución                                    |               |  |                                                                                  |  |                 |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                      | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                     |               |  |                                                                                  |  |                 |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                      | IZAJE DE CARGAS                                                                                             |               |  | BLOQUEO ENERGIAS PELIGROSAS                                                      |  |                 |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                      | NO                                                                                                          |               |  | SI                                                                               |  |                 | NO |  |  | N/A |  |  |  |  |  |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente estan libre y/o aisladas de sustancias?                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                      | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a movilizar? |               |  | Autorización de oficial de bloqueo                                               |  |                 |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                      | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                              |               |  | Corte visible de las fuentes de energias                                         |  |                 |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| ¿Cuenta con extintor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                      | ¿Los certificados de operador y aparejador estan acorde a la capacidad del equipo a operar?                 |               |  | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energia            |  |                 |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                      | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                    |               |  | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                                |  |                 |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                      | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                              |               |  | Area señalizada y aislada                                                        |  |                 |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                      | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra(vientos)?                                                        |               |  | Se tienen identificados los riesgos de la labor                                  |  |                 |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                      |                                                                                                             |               |  | SUSTANCIAS QUIMICAS                                                              |  |                 |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                      |                                                                                                             |               |  | NO                                                                               |  |                 |    |  |  | N/A |  |  |  |  |  |
| ¿El área de trabajo al inicio y final esta limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                      |                                                                                                             |               |  | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? |  |                 |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                      |                                                                                                             |               |  | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas                 |  |                 |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| Los abajo firmantes confirman que el area de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente. |  |                      |                                                                                                             |               |  |                                                                                  |  |                 |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                      |                                                                                                             |               |  |                                                                                  |  |                 |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | NOMBRE Y APELLIDO    |                                                                                                             | CEDULA        |  | FIRMA DE APERTURA                                                                |  | FIRMA DE CIERRE |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Duvan Reyu           |                                                                                                             | 1002461522    |  | [Firma]                                                                          |  | [Firma]         |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| MAESTRO DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | Hernan jairo Pedraza |                                                                                                             | 91396998      |  | [Firma]                                                                          |  | [Firma]         |    |  |  |     |  |  |  |  |  |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Karen Giron          |                                                                                                             | 1.057.604.023 |  | [Firma]                                                                          |  | [Firma]         |    |  |  |     |  |  |  |  |  |



| SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO                                     |             |                 |                |                              |                              |                                                                    |                                                                 |                                                                                             |                                       | CODIGO: SST-CSS-FT-61 |                                                                                                              |    |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------|----------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|
| FORMATO PERMISO DE TRABAJO                                                             |             |                 |                |                              |                              |                                                                    |                                                                 |                                                                                             |                                       | VERSION: 001          |                                                                                                              |    |       |
| Elaboró: Consultor SST                                                                 |             |                 |                |                              | Aprobó: Representante legal  |                                                                    |                                                                 |                                                                                             |                                       | FECHA: 1/07/2025      |                                                                                                              |    |       |
| Página 1 de 2                                                                          |             |                 |                |                              |                              |                                                                    |                                                                 |                                                                                             |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
| CENTRO DE TRABAJO                                                                      | AREA/ LUGAR | FECHA DE INICIO | HORA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN        | HORA FINAL                   | TIPO DE TRABAJO                                                    | RUTINARIO                                                       | RESPONSABLE                                                                                 |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
| Duitama                                                                                | Sena        | 13.07.2025      | 7:00 AM        | 13.07.2025                   | 5:00 PM                      |                                                                    | NO RUTINARIO                                                    | Javier Pedraza                                                                              |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD                                                            |             |                 |                |                              |                              | ¿ALTIMETRIA APROXIMADA DE LA ACTIVIDAD? (més)                      |                                                                 |                                                                                             |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
| Mantenimiento de baterías sanitarias                                                   |             |                 |                |                              |                              | N/A                                                                |                                                                 |                                                                                             |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR                                                      |             |                 |                |                              |                              | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO?                            |                                                                 |                                                                                             |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
| Herramienta menor                                                                      |             |                 |                |                              |                              | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                                                 |                                                                                             |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
|                                                                                        |             |                 |                |                              |                              | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO?                         |                                                                 |                                                                                             |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
|                                                                                        |             |                 |                |                              |                              | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                                                 |                                                                                             |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
|                                                                                        |             |                 |                |                              |                              | ¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL?                                |                                                                 |                                                                                             |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
|                                                                                        |             |                 |                |                              |                              | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                                                 |                                                                                             |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
| TRABAJADORES AUTORIZADOS                                                               |             |                 |                |                              |                              | REQUERIMIENTO DE APTITUD                                           |                                                                 |                                                                                             |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION                                             |             |                 |                | CARGO                        | Óptimas condiciones de salud |                                                                    | Seguridad social vigente                                        |                                                                                             | ¿Están calificados para la actividad? |                       | El trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentran aptos para su uso |    | Firma |
|                                                                                        |             |                 |                |                              | SI                           | NO                                                                 | SI                                                              | NO                                                                                          | SI                                    | NO                    | SI                                                                                                           | NO |       |
| 1. Karen Giron                                                                         |             |                 |                | Residente SST                | ✓                            |                                                                    | ✓                                                               |                                                                                             | ✓                                     |                       | ✓                                                                                                            |    | WG    |
| 2. Hermes Javier Pedraza                                                               |             |                 |                | Maestro                      | ✓                            |                                                                    | ✓                                                               |                                                                                             | ✓                                     |                       | ✓                                                                                                            |    | HP    |
| 3. Leobard Johanes Ortiz Alvarado                                                      |             |                 |                | Asa Obr                      | ✓                            |                                                                    | ✓                                                               |                                                                                             | ✓                                     |                       | ✓                                                                                                            |    | LO    |
| 4. Luis Alejandro Vega                                                                 |             |                 |                | Aux                          | ✓                            |                                                                    | ✓                                                               |                                                                                             | ✓                                     |                       | ✓                                                                                                            |    | LVA   |
| 5. Duval Reyes                                                                         |             |                 |                | Residente O.                 | ✓                            |                                                                    | ✓                                                               |                                                                                             | ✓                                     |                       | ✓                                                                                                            |    | DR    |
| 6. Ramiro Herrera                                                                      |             |                 |                | Asa                          | ✓                            |                                                                    | ✓                                                               |                                                                                             | ✓                                     |                       | ✓                                                                                                            |    | RH    |
| 7. Manuel Alejandro Salamanca                                                          |             |                 |                | Asa Obr                      | ✓                            |                                                                    | ✓                                                               |                                                                                             | ✓                                     |                       | ✓                                                                                                            |    | MA    |
| 8. Darmanio Can                                                                        |             |                 |                | Maestro                      | ✓                            |                                                                    | ✓                                                               |                                                                                             | ✓                                     |                       | ✓                                                                                                            |    | DC    |
| 9.                                                                                     |             |                 |                |                              |                              |                                                                    |                                                                 |                                                                                             |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
| 10.                                                                                    |             |                 |                |                              |                              |                                                                    |                                                                 |                                                                                             |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
| 11.                                                                                    |             |                 |                |                              |                              |                                                                    |                                                                 |                                                                                             |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
| 12.                                                                                    |             |                 |                |                              |                              |                                                                    |                                                                 |                                                                                             |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
| 13.                                                                                    |             |                 |                |                              |                              |                                                                    |                                                                 |                                                                                             |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
| 14.                                                                                    |             |                 |                |                              |                              |                                                                    |                                                                 |                                                                                             |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                            |             |                 |                |                              |                              |                                                                    |                                                                 |                                                                                             |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
| SI                                                                                     |             | NO              |                | SI                           |                              | NO                                                                 |                                                                 | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ( seleccione según corresponda )                                 |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
| Guantes de soldador                                                                    |             | ✓               |                | Monogafas                    |                              | ✓                                                                  |                                                                 | Golpe por objeto en movimiento                                                              |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
| Protección facial                                                                      |             | ✓               |                | Montera                      |                              | ✓                                                                  |                                                                 | Atrapamiento del cuerpo                                                                     |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
| Botas de seguridad                                                                     | ✓           |                 |                | Overol                       |                              | ✓                                                                  |                                                                 | Proyección de partículas                                                                    |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
| Guantes nitrilo                                                                        | ✓           |                 |                | Casco                        |                              | ✓                                                                  |                                                                 | Golpeado contra objeto o estructura                                                         |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
| Gafas de seguridad                                                                     | ✓           |                 |                | Mascarilla media cara        |                              | ✓                                                                  |                                                                 | Exposición                                                                                  |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
| Guantes vaqueta                                                                        |             | ✓               |                | Filtros                      |                              | ✓                                                                  |                                                                 | Caída al mismo nivel                                                                        |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
|                                                                                        |             |                 |                |                              |                              |                                                                    |                                                                 | Intoxicación                                                                                |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
|                                                                                        |             |                 |                |                              |                              |                                                                    |                                                                 | Contacto con energía eléctrica                                                              |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
|                                                                                        |             |                 |                |                              |                              |                                                                    |                                                                 | Contactos de sustancias tóxicas                                                             |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
| A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGÚN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |             |                 |                |                              |                              |                                                                    |                                                                 |                                                                                             |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
| TRABAJO EN ALTURAS                                                                     |             |                 |                |                              |                              |                                                                    |                                                                 |                                                                                             |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN                                                                  | SI          | NO              | N/A            | SISTEMA DE ACCESO            | SI                           | NO                                                                 | N/A                                                             | Control Trabajo en Alturas                                                                  | SI                                    | NO                    | N/A                                                                                                          |    |       |
| Delimitación del área                                                                  |             |                 |                | Andamios                     |                              |                                                                    |                                                                 | ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre? |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
| Ayudante de seguridad                                                                  |             |                 |                | Escalera                     |                              |                                                                    |                                                                 | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas u objetos de trabajo?                       |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
| Verificación de puntos de anclaje                                                      |             |                 |                | Elevador                     |                              |                                                                    |                                                                 | ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?        |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
| Señalización del área                                                                  |             |                 |                | Grúa con canasta             |                              |                                                                    |                                                                 | ¿Las escaleras y pasarelas cuentan con barandas y rodapiés?                                 |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
| Línea de advertencia                                                                   |             |                 |                | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO |                              |                                                                    | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas? |                                                                                             |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
| Trabajo en suspensión                                                                  |             |                 |                |                              |                              |                                                                    | ¿Cuenta con los epps requeridos?                                |                                                                                             |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
| Control de acceso                                                                      |             |                 |                | Posicionamiento              |                              |                                                                    |                                                                 | ¿Se realizó inspección de EPCC?                                                             |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
| Barandas                                                                               |             |                 |                | Restricción                  |                              |                                                                    |                                                                 | ¿Se verificó competencias de los trabajadores?                                              |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |
| ¿Otros? ¿Cuales?                                                                       |             |                 |                | Detención                    |                              |                                                                    |                                                                 | ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                                       |                                       |                       |                                                                                                              |    |       |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |    |                                                                                                         |                                                                                  |                 |                                                                       |     |     |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                      |    | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                               |                                                                                  |                 | SI                                                                    | NO  | N/A |     |
| Seleccione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SI                   | NO |                                                                                                         |                                                                                  |                 |                                                                       |     |     |     |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | /                    |    | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                        |                                                                                  |                 | /                                                                     |     |     |     |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | /                    |    | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                             |                                                                                  |                 | /                                                                     |     |     |     |
| Gorro tipo árabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | /                    |    | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y están en buen estado                                    |                                                                                  |                 | /                                                                     |     |     |     |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | /                    |    | Acceso al área fue restringido                                                                          |                                                                                  |                 | /                                                                     |     |     |     |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | /                    |    | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                    |                                                                                  |                 | /                                                                     |     |     |     |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | /                    |    | La maquinaria amarilla cuenta con las condiciones aptas para la ejecución                               |                                                                                  |                 | /                                                                     |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | /                    |    | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                 |                                                                                  |                 | /                                                                     |     |     |     |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |    | IZAJE DE CARGAS                                                                                         |                                                                                  |                 | BLOQUEO ENERGÍAS PELIGROSAS                                           |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI                   | NO |                                                                                                         | SI                                                                               | NO              |                                                                       | SI  | NO  | N/A |
| ¿Las áreas asignadas para trabajos en caliente están libre y/o aisladas de sustancias?                                                                                                                                                                                                                                                                                     | /                    |    | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a mover? | /                                                                                |                 | Autorización de oficial de bloqueo                                    |     |     |     |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | /                    |    | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                          | /                                                                                |                 | Corte visible de las fuentes de energías                              |     |     |     |
| ¿Cuenta con extintor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | /                    |    | ¿Los certificados de operador y aparejador están acorde a la capacidad del equipo a operar?             | /                                                                                |                 | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energía |     |     |     |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | /                    |    | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                | /                                                                                |                 | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                     |     |     |     |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | /                    |    | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                          | /                                                                                |                 | Área señalizada y aislada                                             |     |     |     |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | /                    |    | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra (vientos)?                                                   | /                                                                                |                 | Se tienen identificados los riesgos de la labor                       |     |     |     |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |    | SUSTANCIAS QUÍMICAS                                                                                     |                                                                                  |                 |                                                                       |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI                   | NO | N/A                                                                                                     |                                                                                  | SI              | NO                                                                    | N/A |     |     |
| ¿El área de trabajo al inicio y final está limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | /                    |    |                                                                                                         | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? |                 |                                                                       |     |     |     |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                       | /                    |    |                                                                                                         | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                |                 |                                                                       |     |     |     |
| Los abajo firmantes confirman que el área de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente. |                      |    |                                                                                                         |                                                                                  |                 |                                                                       |     |     |     |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |    |                                                                                                         |                                                                                  |                 |                                                                       |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                      |    |                                                                                                         |                                                                                  |                 |                                                                       |     |     |     |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NOMBRE Y APELLIDO    |    | CEDULA                                                                                                  | FIRMA DE APERTURA                                                                | FIRMA DE CIERRE |                                                                       |     |     |     |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Duvón Reyes          |    | 1002 461522                                                                                             | [Firma]                                                                          | [Firma]         |                                                                       |     |     |     |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Hermes Jover Pedraza |    | 9396978                                                                                                 | [Firma]                                                                          | [Firma]         |                                                                       |     |     |     |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Karen Giron          |    | 1057604-023                                                                                             | [Firma]                                                                          | [Firma]         |                                                                       |     |     |     |





## SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CODIGO: SST-CSS-PT-41

VERSION: 001

## FORMATO PERMISO DE TRABAJO

FECHA: 1/07/2025

Elaboró: Consultor SST

Aprobó: Representante legal

Página 1 de 2

|                                   |                                     |                 |                |                       |            |                                            |                                                                    |               |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------|----------------|-----------------------|------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------|
| CENTRO DE TRABAJO                 | AREA/ LUGAR                         | FECHA DE INICIO | HORA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN | HORA FINAL | TIPO DE TRABAJO                            | RUTINARIO                                                          | RESPONSABLE   |
| Duitama                           | Sena                                | 14.07.26        | 7:00am         | 14.07.26              | 5:00 PM    | NO RUTINARIO                               | NO RUTINARIO                                                       | JAMES Padroza |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD       | Mantenimiento de bañeros sanitarios |                 |                |                       |            | ¿ALTURA APROXIMADA DE LA ACTIVIDAD? (mts)  | NA                                                                 |               |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR | Herramienta manual                  |                 |                |                       |            | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO?    | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |               |
|                                   |                                     |                 |                |                       |            | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO? | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |               |
|                                   |                                     |                 |                |                       |            | ¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL?        | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |               |

| TRABAJADORES AUTORIZADOS                   |                            |  |  | REQUERIMIENTO DE APTITUD |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              | Firma |    |
|--------------------------------------------|----------------------------|--|--|--------------------------|------------------------------|----|--------------------------|----|---------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----|
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION |                            |  |  | CARGO                    | Óptimas condiciones de salud |    | Seguridad social vigente |    | ¿Están calificados para la actividad? |    | El trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentran aptos para su uso |       |    |
|                                            |                            |  |  |                          | SI                           | NO | SI                       | NO | SI                                    | NO | SI                                                                                                           |       | NO |
| 1.                                         | Hernán Jairo Padroza       |  |  | Maestro                  | ✓                            |    | ✓                        |    | ✓                                     |    | ✓                                                                                                            |       |    |
| 2.                                         | Dionis Danilo Reyes F.     |  |  | Residente O.             | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       |    |
| 3.                                         | Karen Giron                |  |  | Residente SdH            | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       |    |
| 4.                                         | Lobed Jhane Ortiz Alvarez  |  |  | As. Obra                 | ✓                            |    | ✓                        |    | ✓                                     |    | ✓                                                                                                            |       |    |
| 5.                                         | Luis Alejandro Vega        |  |  | Aux                      | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       |    |
| 6.                                         | Naniel Alejandro Salamanca |  |  | Aux                      | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       |    |
| 7.                                         |                            |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |    |
| 8.                                         |                            |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |    |
| 9.                                         |                            |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |    |
| 10.                                        |                            |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |    |
| 11.                                        |                            |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |    |
| 12.                                        |                            |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |    |
| 13.                                        |                            |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |    |
| 14.                                        |                            |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |    |

| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS |    |    |                       |    |    | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ( seleccione según corresponda ) |   |                                 |  |  |  |
|---------------------------------------------|----|----|-----------------------|----|----|-------------------------------------------------------------|---|---------------------------------|--|--|--|
| Guantes de soldador                         | SI | NO | Monogafas             | SI | NO | Golpe por objeto en movimiento                              |   | Atrapamiento del cuerpo         |  |  |  |
| Protección facial                           |    | ✓  | Montera               | ✓  |    | Golpeado por carga suspendida                               |   | Proyección de partículas        |  |  |  |
| Botas de seguridad                          | ✓  |    | Overol                | ✓  |    | Golpeado contra objeto o estructura                         |   | Exposición                      |  |  |  |
| Guantes nitrilo                             |    |    | Casco                 |    |    | Caida al mismo nivel                                        | ✓ | Intoxicación                    |  |  |  |
| Gafas de seguridad                          | ✓  |    | Mascarilla media cara |    | ✓  | Contacto con energía eléctrica                              |   | Contactos de sustancias tóxicas |  |  |  |
| Guantes vaqueta                             |    | ✓  | Filtros               |    | ✓  |                                                             |   |                                 |  |  |  |

## A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGÚN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

| TRABAJO EN ALTURAS                |    |    |     |                              |    |    |     |                                                                                             |    |    |     |
|-----------------------------------|----|----|-----|------------------------------|----|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----|
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN             | SI | NO | N/A | SISTEMA DE ACCESO            | SI | NO | N/A | Control Trabajo en Alturas                                                                  | SI | NO | N/A |
| Delimitación del área             |    |    |     | Andamios                     |    |    | ✓   | ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre? |    |    |     |
| Ayudante de seguridad             |    |    |     | Escalera                     |    |    | ✓   | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas u objetos de trabajo?                       |    |    |     |
| Verificación de puntos de anclaje |    |    |     | Elevador                     |    |    |     | ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?        |    |    |     |
| Señalización del área             |    |    |     | Grúa con canasta             |    |    |     | ¿Las escaleras y pasarelas cuentan con barandas y rodapiés?                                 |    |    |     |
| Línea de advertencia              |    |    |     | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO |    |    |     | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas?                             |    |    |     |
| Trabajo en suspensión             |    |    |     |                              |    |    |     | ¿Cuenta con los epps requeridos?                                                            |    |    |     |
| Control de acceso                 |    |    |     | Posicionamiento              |    |    | ✓   | ¿Se realizó inspección de EPCC?                                                             |    |    |     |
| Barandas                          |    |    |     | Restricción                  |    |    | ✓   | ¿Se verificó competencias de los trabajadores?                                              |    |    |     |
| ¿Otros? ¿Cuáles?                  |    |    |     | Detención                    |    |    | ✓   | ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                                       |    |    |     |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                     |                          |                                                                                                             |                                                                                  |                                     |                                                                       |                                     |                                     |                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                          | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                                   |                                                                                  |                                     | SI                                                                    | NO                                  | N/A                                 |                                     |
| Seleccione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SI                                  | NO                       |                                                                                                             |                                                                                  |                                     |                                                                       |                                     |                                     |                                     |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                            |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                                 |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| Gorro tipo arabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y estan en buen estado                                        |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Acceso al area fue restringido                                                                              |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                        |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | La maquinaria amarilla cuenta con las condiciones aptas para la ejecución                                   |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |                          | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                     |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                          | IZAJE DE CARGAS                                                                                             |                                                                                  |                                     | BLOQUEO ENERGIAS PELIGROSAS                                           |                                     |                                     |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI                                  | NO                       |                                                                                                             | SI                                                                               | NO                                  |                                                                       | SI                                  | NO                                  | N/A                                 |
| ¿Las areas designadas para trabajos en caliente estan libre y/o aisladas de sustancias?                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a movilizar? | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | Autorización de oficial de bloqueo                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                              | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | Corte visible de las fuentes de energías                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Cuenta con extintor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Los certificados de operador y aparejador estan acorde a la capacidad del equipo a operar?                 | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energia | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                    | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                              | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | Area señalizada y aislada                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se cuenta con cable guia para la maniobra(vientos)?                                                        | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | Se tienen identificados los riesgos de la labor                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                          | SUSTANCIAS QUIMICAS                                                                                         |                                                                                  |                                     |                                                                       |                                     |                                     |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI                                  | NO                       | N/A                                                                                                         |                                                                                  | SI                                  | NO                                                                    | N/A                                 |                                     |                                     |
| ¿El área de trabajo al inicio y final esta limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                    | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                         | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |
| Los abajo firmantes confirman que el area de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente. |                                     |                          |                                                                                                             |                                                                                  |                                     |                                                                       |                                     |                                     |                                     |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                          |                                                                                                             |                                                                                  |                                     |                                                                       |                                     |                                     |                                     |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NOMBRE Y APELLIDO                   |                          |                                                                                                             | CEDULA                                                                           | FIRMA DE APERTURA                   |                                                                       | FIRMA DE CIERRE                     |                                     |                                     |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Duvan Reyes                         |                          |                                                                                                             | 1002461322                                                                       |                                     |                                                                       |                                     |                                     |                                     |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Hermes Javier Delara                |                          |                                                                                                             | 9'396. 978                                                                       |                                     |                                                                       |                                     |                                     |                                     |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Karen Giron                         |                          |                                                                                                             | 1059 604 023                                                                     |                                     |                                                                       |                                     |                                     |                                     |



|                                   |            |                 |                |                       |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |                  |
|-----------------------------------|------------|-----------------|----------------|-----------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------|
| CENTRO DE TRABAJO                 | AREA/LUGAR | FECHA DE INICIO | HORA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN | HORA FINAL | TIPO DE TRABAJO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | RUTINARIO      | RESPONSABLE      |
| Quilama                           | Sera       | 16-07-2025      | 7:00 AM        | 16-07-2025            | 5:00 PM    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NO RUTINARIO X | Javier Rodriguez |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD       |            |                 |                |                       |            | ¿ALTA APROXIMADA DE LA ACTIVIDAD? (mts) <span style="float: right;">N/A</span><br>¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO? <span style="float: right;">SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span><br>¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO? <span style="float: right;">SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span><br>¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL? <span style="float: right;">SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span> |                |                  |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR |            |                 |                |                       |            | Herramienta menor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |                  |

| TRABAJADORES AUTORIZADOS                   |                     | REQUERIMIENTO DE APTITUD     |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    | Firma              |
|--------------------------------------------|---------------------|------------------------------|----|--------------------------|----|---------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------|
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION | CARGO               | Óptimas condiciones de salud |    | Seguridad social vigente |    | ¿Están calificados para la actividad? |    | El trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentran aptos para su uso |    |                    |
|                                            |                     | SI                           | NO | SI                       | NO | SI                                    | NO | SI                                                                                                           | NO |                    |
| 1. <i>Isabel Johana Cely Alvarez</i>       | <i>Ar Obv</i>       | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | <i>[Signature]</i> |
| 2. <i>Hernan Javier Pedraza</i>            | <i>Maestro</i>      | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | <i>[Signature]</i> |
| 3. <i>Luis Alejandro Vega</i>              | <i>Aox</i>          | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | <i>Luis Vega</i>   |
| 4. <i>Duvan Reyes</i>                      | <i>Residente O.</i> | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | <i>[Signature]</i> |
| 5. <i>Karen Giron</i>                      | <i>Pendiente</i>    | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | <i>[Signature]</i> |
| 6. <i>Parmenio Peron</i>                   | <i>Maestro</i>      | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | <i>[Signature]</i> |
| 7. <i>Alfonso Salamanca</i>                | <i>Auxiliar</i>     | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | <i>[Signature]</i> |
| 8. <i>Ramiro Avella</i>                    | <i>Aux</i>          | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | <i>Ramiro</i>      |
| 9.                                         |                     |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |                    |
| 10.                                        |                     |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |                    |
| 11.                                        |                     |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |                    |
| 12.                                        |                     |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |                    |
| 13.                                        |                     |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |                    |
| 14.                                        |                     |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |                    |

| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS |    |    |                       |    |    | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ( seleccione según corresponda )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |
|---------------------------------------------|----|----|-----------------------|----|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
|                                             | SI | NO |                       | SI | NO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |
| Guantes de soldador                         |    | X  | Monogafas             |    | X  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>           Golpe por objeto en movimiento<br/>           Golpeado por carga suspendida<br/>           Golpeado contra objeto o estructura<br/>           Caída al mismo nivel<br/>           Contacto con energía eléctrica         </div> <div>           Atrapamiento del cuerpo<br/>           Proyección de partículas<br/>           Explosión<br/>           Intoxicación<br/>           Contactos de sustancias tóxicas         </div> </div> |  |  |  |
| Protección facial                           |    | X  | Monera                |    | X  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |
| Botas de seguridad                          | X  |    | Overol                |    | X  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |
| Guantes nitrilo                             | X  |    | Casco                 |    | X  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |
| Gafas de seguridad                          | X  |    | Mascarilla media cara |    | X  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |
| Guantes vaqueta                             |    | X  | Filtros               |    | X  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |

| A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGÚN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |  |  |    |    |     |                              |  |  |                                                                 |    |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--|--|----|----|-----|------------------------------|--|--|-----------------------------------------------------------------|----|-----|
| TRABAJO EN ALTURAS                                                                     |  |  |    |    |     |                              |  |  |                                                                 |    |     |
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN                                                                  |  |  | SI | NO | N/A | SISTEMA DE ACCESO            |  |  | SI                                                              | NO | N/A |
| Definición del área                                                                    |  |  |    |    |     | Andamios                     |  |  |                                                                 |    |     |
| Ayudante de seguridad                                                                  |  |  |    |    |     | Escalera                     |  |  |                                                                 |    |     |
| Verificación de puntos de anclaje                                                      |  |  |    |    |     | Elevador                     |  |  |                                                                 |    |     |
| Señalización del área                                                                  |  |  |    |    |     | Grúa con canasta             |  |  |                                                                 |    |     |
| Línea de advertencia                                                                   |  |  |    |    |     | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO |  |  | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas? |    |     |
| Trabajo en suspensión                                                                  |  |  |    |    |     |                              |  |  | ¿Cuenta con los epps requeridos?                                |    |     |
| Control de acceso                                                                      |  |  |    |    |     | Posicionamiento              |  |  |                                                                 |    |     |
| Barandas                                                                               |  |  |    |    |     | Restricción                  |  |  |                                                                 |    |     |
| ¿Otros? ¿Cuales?                                                                       |  |  |    |    |     | Detención                    |  |  |                                                                 |    |     |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       |    |                                                                                                             |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                       |    | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                                   |                                                                                  |                     | SI                                                                    | NO  | N/A |     |
| Selección                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SI                    | NO |                                                                                                             |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                       |    | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                            |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |    | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                                 |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
| Gorro tipo arabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |    | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y estan en buen estado                                        |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |    | Acceso al area fue restringido                                                                              |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |    | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                        |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |    | La maquinaria amarilla cuenta con las condiciones aptas para la ejecución                                   |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |    | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                     |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |    | IZAJE DE CARGAS                                                                                             |                                                                                  |                     | BLOQUEO ENERGIAS PELIGROSAS                                           |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SI                    | NO |                                                                                                             | SI                                                                               | NO                  |                                                                       | SI  | NO  | N/A |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente estan libre de sustancias peligrosas?                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |    | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a movilizar? |                                                                                  |                     | Autorización de oficial de bloqueo                                    |     |     |     |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |    | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                              |                                                                                  |                     | Corte visible de las fuentes de energias                              |     |     |     |
| ¿Cuenta con extintor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |    | ¿Los certificados de operador y aparejador estan acorde a la capacidad del equipo a operar?                 |                                                                                  |                     | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energia |     |     |     |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |    | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                    |                                                                                  |                     | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                     |     |     |     |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |    | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                              |                                                                                  |                     | Area señalizada y aislada                                             |     |     |     |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |    | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra(vientos)?                                                        |                                                                                  |                     | Se tienen identificados los riesgos de la labor                       |     |     |     |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |    |                                                                                                             |                                                                                  | SUSTANCIAS QUIMICAS |                                                                       |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SI                    | NO | N/A                                                                                                         |                                                                                  | SI                  | NO                                                                    | N/A |     |     |
| ¿El área de trabajo al inicio y final esta limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                       |    |                                                                                                             | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? |                     |                                                                       |     |     |     |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |    |                                                                                                             | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                |                     |                                                                       |     |     |     |
| <p>Los abajo firmantes confirman que el area de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente.</p> |                       |    |                                                                                                             |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |    |                                                                                                             |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |    |                                                                                                             |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NOMBRE Y APELLIDO     |    | CEDULA                                                                                                      | FIRMA DE APERTURA                                                                | FIRMA DE CIERRE     |                                                                       |     |     |     |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Duvan Reyes           |    | 1002461522                                                                                                  | [Firma]                                                                          | [Firma]             |                                                                       |     |     |     |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Heimer Javier Pedraza |    | 9'396. 478                                                                                                  | [Firma]                                                                          | [Firma]             |                                                                       |     |     |     |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Karen Viviana Giron   |    | 1.057.604.023                                                                                               | [Firma]                                                                          | [Firma]             |                                                                       |     |     |     |





## SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CODIGO: SST-CSS-FT-01

VERSION: 001

## FORMATO PERMISO DE TRABAJO

FECHA: 1/07/2025

Elabora: Consultor SST

Aprobó: Representante legal

Página 1 de 2

|                                   |                                   |                 |                |                       |            |                                            |                                                                    |                |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------|----------------|-----------------------|------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------|
| CENTRO DE TRABAJO                 | AREA/ LUGAR                       | FECHA DE INICIO | HORA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN | HORA FINAL | TIPO DE TRABAJO                            | RUTINARIO                                                          | RESPONSABLE    |
| Durana                            | Sra                               | 17-02-26        | 7:00am         | 17-02-2026            | 12:00pm    |                                            | NO RUTINARIO X                                                     | Javier Pedraza |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD       | Mantenimiento baterías sanitarias |                 |                |                       |            | ¿ALTIMA APROXIMADA DE LA ACTIVIDAD? (mts)  | N/A                                                                |                |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR | Herramienta menor                 |                 |                |                       |            | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO?    | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |                |
|                                   |                                   |                 |                |                       |            | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO? | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                |
|                                   |                                   |                 |                |                       |            | ¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL?        | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                |

| TRABAJADORES AUTORIZADOS                   |                            | REQUERIMIENTO DE APTITUD |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              | Firma |    |
|--------------------------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|----|--------------------------|----|---------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----|
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION |                            | CARGO                    | Óptimas condiciones de salud |    | Seguridad social vigente |    | ¿Están calificados para la actividad? |    | El trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentran aptos para su uso |       |    |
|                                            |                            |                          | SI                           | NO | SI                       | NO | SI                                    | NO | SI                                                                                                           |       | NO |
| 1.                                         | Hernandez Javier Pedraza   | Maestro                  | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |       |    |
| 2.                                         | Duran, Reyes               | Residente O.             | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |       |    |
| 3.                                         | Lopez Johana Ortiz Alvarez | Asistente                | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |       |    |
| 4.                                         | Karen Viviana Giron        | Residente SST            | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |       |    |
| 5.                                         | Luis Alejandro Vega        | Aux                      | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |       |    |
| 6.                                         | Manuel Alejandro Salamanca | Aux                      | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |       |    |
| 7.                                         | Ramiro Avella              | Aux                      | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |       |    |
| 8.                                         |                            |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |    |
| 9.                                         |                            |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |    |
| 10.                                        |                            |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |    |
| 11.                                        |                            |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |    |
| 12.                                        |                            |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |    |
| 13.                                        |                            |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |    |
| 14.                                        |                            |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |    |

| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS |                                     |                                     |                       |    |                                     | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ( seleccione según corresponda ) |                                     |                                 |  |                                     |  |
|---------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|--|-------------------------------------|--|
|                                             | SI                                  | NO                                  |                       | SI | NO                                  |                                                             |                                     |                                 |  |                                     |  |
| Gautes de soldador                          |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Monogafas             |    | <input checked="" type="checkbox"/> | Golpe por objeto en movimiento                              |                                     | Atrapamiento del cuerpo         |  |                                     |  |
| Protección facial                           |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Montara               |    | <input checked="" type="checkbox"/> | Golpeado por carga suspendida                               | <input checked="" type="checkbox"/> | Proyección de partículas        |  |                                     |  |
| Botas de seguridad                          | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | Overol                |    | <input checked="" type="checkbox"/> | Golpeado contra objeto o estructura                         |                                     | Exposición                      |  |                                     |  |
| Gautes nitrilo                              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | Casco                 |    | <input checked="" type="checkbox"/> | Caida al mismo nivel                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | Intoxicación                    |  |                                     |  |
| Tapas de seguridad                          | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | Mascarilla media cara |    | <input checked="" type="checkbox"/> | Contacto con energía eléctrica                              |                                     | Contactos de sustancias tóxicas |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Gautes vaqueta                              |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Filtros               |    | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                             |                                     |                                 |  |                                     |  |

A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGUN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

| TRABAJO EN ALTURAS                |    |     |                              |    |     |                                                                                             |    |     |    |    |     |
|-----------------------------------|----|-----|------------------------------|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|----|----|-----|
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN             |    |     | SISTEMA DE ACCESO            |    |     | Control Trabajo en Alturas                                                                  |    |     |    |    |     |
| SI                                | NO | N/A | SI                           | NO | N/A | SI                                                                                          | NO | N/A | SI | NO | N/A |
| Delimitación del área             |    |     | Andamios                     |    |     | ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre? |    |     |    |    |     |
| Ayudante de seguridad             |    |     | Escalera                     |    |     | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas u objetos de trabajo?                       |    |     |    |    |     |
| Verificación de puntos de anclaje |    |     | Elevador                     |    |     | ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?        |    |     |    |    |     |
| Señalización del área             |    |     | Grúa con canasta             |    |     | ¿Las escaleras y pasarelas cuentan con barandas y rodapiés?                                 |    |     |    |    |     |
| Línea de advertencia              |    |     | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO |    |     | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas?                             |    |     |    |    |     |
| Trabajo en suspensión             |    |     |                              |    |     | ¿Cuenta con los epps requeridos?                                                            |    |     |    |    |     |
| Control de acceso                 |    |     |                              |    |     | ¿Se realizó inspección de EPCC?                                                             |    |     |    |    |     |
| Barandas                          |    |     | Posicionamiento              |    |     | ¿Se verificó competencias de los trabajadores?                                              |    |     |    |    |     |
| ¿Otros? ¿Cuales?                  |    |     | Restricción                  |    |     | ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                                       |    |     |    |    |     |
|                                   |    |     | Detención                    |    |     |                                                                                             |    |     |    |    |     |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |    |                                                                                                             |               |                   |                                                                       |                                                                                  |     |     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |    | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                                   |               |                   | SI                                                                    | NO                                                                               | N/A |     |     |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |    | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                            |               |                   |                                                                       |                                                                                  |     |     |     |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |    | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                                 |               |                   |                                                                       |                                                                                  |     |     |     |
| Gorro tipo arabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |    | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y estan en buen estado                                        |               |                   |                                                                       |                                                                                  |     |     |     |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |    | Acceso al area fue restringido                                                                              |               |                   |                                                                       |                                                                                  |     |     |     |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |    | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                        |               |                   |                                                                       |                                                                                  |     |     |     |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |    | La maquinaria amarró cuentas con las condiciones aptas para la ejecución                                    |               |                   |                                                                       |                                                                                  |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |    | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                     |               |                   |                                                                       |                                                                                  |     |     |     |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |    | IZAJE DE CARGAS                                                                                             |               |                   | BLOQUEO ENERGÍAS PELIGROSAS                                           |                                                                                  |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SI                  | NO |                                                                                                             | SI            | NO                |                                                                       | SI                                                                               | NO  | N/A |     |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente están libre de sustancias?                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |    | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a movilizar? |               |                   | Autorización de oficial de bloqueo                                    |                                                                                  |     |     |     |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |    | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                              |               |                   | Corte visible de las fuentes de energías                              |                                                                                  |     |     |     |
| ¿Cuenta con guarda?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |    | ¿Los certificados de operador y apañador están acorde a la capacidad del equipo a operar?                   |               |                   | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energía |                                                                                  |     |     |     |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |    | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                    |               |                   | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                     |                                                                                  |     |     |     |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |    | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                              |               |                   | Área señalizada y aislada                                             |                                                                                  |     |     |     |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |    | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra (ventos)?                                                        |               |                   | Se tienen identificados los riesgos de la labor                       |                                                                                  |     |     |     |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |    | SUSTANCIAS QUÍMICAS                                                                                         |               |                   |                                                                       |                                                                                  |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |    |                                                                                                             | SI            | NO                | N/A                                                                   |                                                                                  | SI  | NO  | N/A |
| ¿El área de trabajo al inicio y final está limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |    |                                                                                                             |               |                   |                                                                       | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? |     |     |     |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |    |                                                                                                             |               |                   |                                                                       | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                |     |     |     |
| <p>Los abajo firmantes confirman que el área de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente.</p> |                     |    |                                                                                                             |               |                   |                                                                       |                                                                                  |     |     |     |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |    |                                                                                                             |               |                   |                                                                       |                                                                                  |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |    |                                                                                                             |               |                   |                                                                       |                                                                                  |     |     |     |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NOMBRE Y APELLIDO   |    |                                                                                                             | CEDULA        | FIRMA DE APERTURA | FIRMA DE CIERRE                                                       |                                                                                  |     |     |     |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Duvan Reyes         |    |                                                                                                             | 1002461522    |                   |                                                                       |                                                                                  |     |     |     |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Hernan Javier Padua |    |                                                                                                             | 9'396.979     |                   |                                                                       |                                                                                  |     |     |     |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Karen Giron         |    |                                                                                                             | 1.059.604.023 |                   |                                                                       |                                                                                  |     |     |     |





## FORMATO PERMISO DE TRABAJO

FECHA: 1/07/2025

Página 1 de 2

Elaboro: Consultor SST

Aprobó: Representante legal

|                                   |                                   |                 |                |                       |            |                                             |              |                |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------|----------------|-----------------------|------------|---------------------------------------------|--------------|----------------|
| CENTRO DE TRABAJO                 | AREA/ LUGAR                       | FECHA DE INICIO | HORA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN | HORA FINAL | TIPO DE TRABAJO                             | RUTINARIO    | RESPONSABLE    |
| Datoma                            | Sena                              | 19.07.2026      | 7:00 AM        | 19.07.2026            | 5:00 PM    |                                             | NO RUTINARIO | Javier Pedraza |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD       | Mantenimiento baterías sanitarias |                 |                |                       |            | ¿ALTIMURA APROXIMADA DE LA ACTIVIDAD? (mts) |              |                |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR | Herramienta menor                 |                 |                |                       |            | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO?     |              |                |
|                                   |                                   |                 |                |                       |            | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO?  |              |                |
|                                   |                                   |                 |                |                       |            | ¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL?         |              |                |

| TRABAJADORES AUTORIZADOS                   |  |  |  | REQUERIMIENTO DE APTITUD |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              | Firma |         |
|--------------------------------------------|--|--|--|--------------------------|------------------------------|----|--------------------------|----|---------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION |  |  |  | CARGO                    | Óptimas condiciones de salud |    | Seguridad social vigente |    | ¿Están calificados para la actividad? |    | El trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentran aptos para su uso |       |         |
|                                            |  |  |  |                          | SI                           | NO | SI                       | NO | SI                                    | NO | SI                                                                                                           |       | NO      |
| 1. Isbel Johana Ortiz Alvarez              |  |  |  | Aux Obra                 | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       | [Firma] |
| 2. Karen Giron                             |  |  |  | Residente                | ✓                            |    | ✓                        |    | ✓                                     |    | ✓                                                                                                            |       | [Firma] |
| 3. Hermes Javier Pedraza                   |  |  |  | Maestro                  | ✓                            |    | ✓                        |    | ✓                                     |    | ✓                                                                                                            |       | [Firma] |
| 4. Duval Reyes                             |  |  |  | Residente O.             | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       | [Firma] |
| 5. Luis Alejandra Vega                     |  |  |  | Aux                      | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       | [Firma] |
| 6. Parmenio Ben                            |  |  |  | Maestro                  | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       | [Firma] |
| 7. Manuel Selamueen                        |  |  |  | Asiclar                  | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       | [Firma] |
| 8. Zamir Avella                            |  |  |  | Avi                      | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       | [Firma] |
| 9.                                         |  |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |         |
| 10.                                        |  |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |         |
| 11.                                        |  |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |         |
| 12.                                        |  |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |         |
| 13.                                        |  |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |         |
| 14.                                        |  |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |         |

| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS |    |    |                       |    |    | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ( seleccione según corresponda ) |  |                                 |  |  |  |
|---------------------------------------------|----|----|-----------------------|----|----|-------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|--|--|--|
| Guantes de soldador                         | SI | NO | Monogafas             | SI | NO | Golpe por objeto en movimiento                              |  | Atrapamiento del cuerpo         |  |  |  |
| Protección facial                           |    |    | Montera               |    |    | Golpes por carga suspendida                                 |  | Proyección de partículas        |  |  |  |
| Botas de seguridad                          |    |    | Overol                |    |    | Golpeado contra objeto o estructura                         |  | Explosión                       |  |  |  |
| Guantes nitrilo                             |    |    | Casco                 |    |    | Caída al mismo nivel                                        |  | Intoxicación                    |  |  |  |
| Gafas de seguridad                          |    |    | Mascarilla media cara |    |    | Contacto con energía eléctrica                              |  | Contactos de sustancias tóxicas |  |  |  |
| Guantes vaqueta                             |    |    | Filtros               |    |    |                                                             |  |                                 |  |  |  |

A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGUN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

| MEDIDAS DE PREVENCIÓN             |    |    |     | SISTEMA DE ACCESO            |    |     |  | Control Trabajo en Alturas                                                                  |    |     |  |
|-----------------------------------|----|----|-----|------------------------------|----|-----|--|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|--|
| Delimitación del área             | SI | NO | N/A | SI                           | NO | N/A |  | SI                                                                                          | NO | N/A |  |
| Ayudante de seguridad             |    |    |     | Andamios                     |    |     |  | ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre? |    |     |  |
| Verificación de puntos de anclaje |    |    |     | Escalera                     |    |     |  | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas u objetos de trabajo?                       |    |     |  |
| Señalización del área             |    |    |     | Elevador                     |    |     |  | ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?        |    |     |  |
| Línea de advertencia              |    |    |     | Grúa con canasta             |    |     |  | ¿Las escaleras y pasarelas cuentan con barandas y rodapiés?                                 |    |     |  |
| Trabajo en suspensión             |    |    |     | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO |    |     |  | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas?                             |    |     |  |
| Control de acceso                 |    |    |     | Posicionamiento              |    |     |  | ¿Cuenta con los epps requeridos?                                                            |    |     |  |
| Barandas                          |    |    |     | Restricción                  |    |     |  | ¿Se realizó inspección de EPCC?                                                             |    |     |  |
| ¿Otros? ¿Cuales?                  |    |    |     | Detención                    |    |     |  | ¿Se verificó competencias de los trabajadores?                                              |    |     |  |
|                                   |    |    |     |                              |    |     |  | ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                                       |    |     |  |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |                       |                                                                                                         |               |                     |                                                                                  |     |                 |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------|-----|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |                       | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                               |               |                     | SI                                                                               | NO  | N/A             |     |
| Selecione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SI | NO                    | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                        |               |                     |                                                                                  |     |                 |     |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                       | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                             |               |                     |                                                                                  |     |                 |     |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |                       | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y están en buen estado                                    |               |                     |                                                                                  |     |                 |     |
| Gorro tipo arabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                       | Acceso al área fue restringido                                                                          |               |                     |                                                                                  |     |                 |     |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |                       | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                    |               |                     |                                                                                  |     |                 |     |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |                       | La maquinaria amarilla cuenta con las condiciones aptas para la ejecución                               |               |                     |                                                                                  |     |                 |     |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |                       | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                 |               |                     |                                                                                  |     |                 |     |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |                       | IZAJE DE CARGAS                                                                                         |               |                     | BLOQUEO ENERGIAS PELIGROSAS                                                      |     |                 |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI | NO                    |                                                                                                         | SI            | NO                  |                                                                                  | SI  | NO              | N/A |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente están libre de sustancias peligrosas?                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |                       | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a mover? |               |                     | Autorización de oficial de bloqueo                                               |     |                 |     |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                       | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                          |               |                     | Corte visible de las fuentes de energías                                         |     |                 |     |
| ¿Cuenta con señalización?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |                       | ¿Los certificados de operador y aparejador están acorde a la capacidad del equipo a operar?             |               |                     | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energía            |     |                 |     |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |                       | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                |               |                     | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                                |     |                 |     |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |                       | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                          |               |                     | Área señalizada y aislada                                                        |     |                 |     |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                       | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra (vientos)?                                                   |               |                     | Se tienen identificados los riesgos de la labor                                  |     |                 |     |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                       |                                                                                                         |               | SUSTANCIAS QUIMICAS |                                                                                  |     |                 |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI | NO                    | N/A                                                                                                     |               | SI                  | NO                                                                               | N/A |                 |     |
| ¿El área de trabajo al inicio y final está limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |                       |                                                                                                         |               |                     | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? |     |                 |     |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                       |    |                       |                                                                                                         |               |                     | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                |     |                 |     |
| Los abajo firmantes confirman que el área de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente. |    |                       |                                                                                                         |               |                     |                                                                                  |     |                 |     |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                       |                                                                                                         |               |                     |                                                                                  |     |                 |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                       |                                                                                                         |               |                     |                                                                                  |     |                 |     |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    | NOMBRE Y APELLIDO     |                                                                                                         | CEDULA        |                     | FIRMA DE APERTURA                                                                |     | FIRMA DE CIERRE |     |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    | Duván Reyes           |                                                                                                         | 1002 461 522  |                     | [Firma]                                                                          |     | [Firma]         |     |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    | Hermes Javier Pedraza |                                                                                                         | C' 3016. 978  |                     | [Firma]                                                                          |     | [Firma]         |     |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    | Karen Girón           |                                                                                                         | 1.057.604.023 |                     | [Firma]                                                                          |     | [Firma]         |     |



| CENTRO DE TRABAJO                 | AREA/ LUGAR  | FECHA DE INICIO | HORA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN | HORA FINAL | TIPO DE TRABAJO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | RUTINARIO                                        | RESPONSABLE        |
|-----------------------------------|--------------|-----------------|----------------|-----------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------|
| Quiloma                           | Sra Catagiro | 20-07-26        | 7:00 AM        | 20-07-2025            | 5:00 PM    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | NO RUTINARIO <input checked="" type="checkbox"/> | Javier Pedraza DTA |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD       |              |                 |                |                       |            | ¿ALTURA APROXIMADA DE LA ACTIVIDAD? (mts) <span style="float: right;">SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span><br>¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO? <span style="float: right;">SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span><br>¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO? <span style="float: right;">SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span><br>¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL? <span style="float: right;">SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span> |                                                  |                    |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR |              |                 |                |                       |            | HERRAMIENTA MENOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                  |                    |

| TRABAJADORES AUTORIZADOS                   |         |           |               | REQUERIMIENTO DE APTITUD |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |         |
|--------------------------------------------|---------|-----------|---------------|--------------------------|------------------------------|----|--------------------------|----|---------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION |         |           |               | CARGO                    | Óptimas condiciones de salud |    | Seguridad social vigente |    | ¿Están calificados para la actividad? |    | El trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentran aptos para su uso |    | Firma   |
|                                            |         |           |               |                          | SI                           | NO | SI                       | NO | SI                                    | NO | SI                                                                                                           | NO |         |
| 1.                                         | Hernan  | Javier    | pedraza       | Maestro                  | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | [Firma] |
| 2.                                         | Duvan   | Reyes     |               | Residente O.             | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | [Firma] |
| 3.                                         | Luis    | Alejandro | Vega          | Aux                      | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | [Firma] |
| 4.                                         | Isabel  | Johanna   | Ortiz Alvarez | Aux con                  | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | [Firma] |
| 5.                                         | Karen   | Gim       |               | Residente                | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | [Firma] |
| 6.                                         | Ramiro  | Avella    |               | Aux                      | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | [Firma] |
| 7.                                         | Abner   | Alejandro | Sequeira      | Auxiliar                 | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | [Firma] |
| 8.                                         | Armenio | Rein      |               | Maestro                  | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | [Firma] |
| 9.                                         |         |           |               |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |         |
| 10.                                        |         |           |               |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |         |
| 11.                                        |         |           |               |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |         |
| 12.                                        |         |           |               |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |         |
| 13.                                        |         |           |               |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |         |
| 14.                                        |         |           |               |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |         |

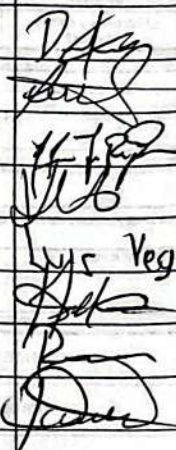
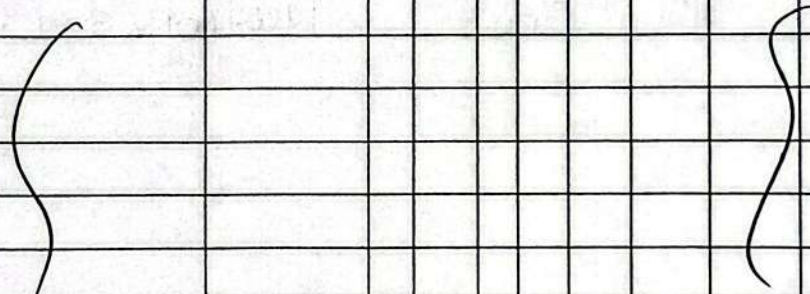
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS |                                     |                                     |                       |    |                                     | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ( seleccione según corresponda )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
|                                             | SI                                  | NO                                  |                       | SI | NO                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |
| Guantes de soldador                         |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Monogafas             |    | <input checked="" type="checkbox"/> | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>                     Golpe por objeto en movimiento<br/>                     Golpeado por carga suspendida<br/>                     Golpeado contra objeto o estructura<br/>                     Caída al mismo nivel<br/>                     Contacto con energía eléctrica                 </div> <div>                     Atrapamiento del cuerpo<br/>                     Proyección de partículas<br/>                     Explosión<br/>                     Intoxicación<br/>                     Contactos de sustancias tóxicas                 </div> </div> |  |  |  |  |  |
| Protección facial                           |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Montera               |    | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |
| Botas de seguridad                          | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | Overol                |    | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |
| Guantes nitrilo                             | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | Casco                 |    | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |
| Gafas de seguridad                          | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | Mascarilla media cara |    | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |
| Guantes vaqueta                             |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | Filtros               |    | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |

| A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGÚN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |    |    |     |                              |    |    |     |                                                                                             |    |    |     |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----|------------------------------|----|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----|--|
| TRABAJO EN ALTURAS                                                                     |    |    |     |                              |    |    |     |                                                                                             |    |    |     |  |
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN                                                                  | SI | NO | N/A | SISTEMA DE ACCESO            | SI | NO | N/A | Control Trabajo en Alturas                                                                  | SI | NO | N/A |  |
| Delimitación del area                                                                  |    |    |     | Andamios                     |    |    |     | ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre? |    |    |     |  |
| Ayudante de seguridad                                                                  |    |    |     | Escalera                     |    |    |     | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas u objetos de trabajo?                       |    |    |     |  |
| Verificación de puntos de anclaje                                                      |    |    |     | Elevador                     |    |    |     | ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?        |    |    |     |  |
| Señalización del area                                                                  |    |    |     | Grúa con canasta             |    |    |     | ¿Las escaleras y pasarelas cuentan con barandas y rodapiés?                                 |    |    |     |  |
| Linea de advertencia                                                                   |    |    |     | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO |    |    |     | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas?                             |    |    |     |  |
| Trabajo en suspensión                                                                  |    |    |     |                              |    |    |     | ¿Cuenta con los epps requeridos?                                                            |    |    |     |  |
| Control de acceso                                                                      |    |    |     | Posicionamiento              |    |    |     | ¿Se realizó inspección de EPCC?                                                             |    |    |     |  |
| Barandas                                                                               |    |    |     | Restricción                  |    |    |     | ¿Se verificó competencias de los trabajadores?                                              |    |    |     |  |
| ¿Otros? ¿Cuales?                                                                       |    |    |     | Detención                    |    |    |     | ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                                       |    |    |     |  |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |    |                                                                                                             |                                                                                  |                   |                                                                       |                 |     |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------|-----|-----|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                      |    | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                                   |                                                                                  |                   | SI                                                                    | NO              | N/A |     |
| Selección                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SI                   | NO |                                                                                                             |                                                                                  |                   |                                                                       |                 |     |     |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |    | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                            |                                                                                  |                   |                                                                       |                 |     |     |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |    | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                                 |                                                                                  |                   |                                                                       |                 |     |     |
| Gorro tipo arabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      |    | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y estan en buen estado                                        |                                                                                  |                   |                                                                       |                 |     |     |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |    | Acceso al area fue restringido                                                                              |                                                                                  |                   |                                                                       |                 |     |     |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |    | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                        |                                                                                  |                   |                                                                       |                 |     |     |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |    | La maquinaria amarra cuentas con las condiciones aptas para la ejecución                                    |                                                                                  |                   |                                                                       |                 |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                      |    | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                     |                                                                                  |                   |                                                                       |                 |     |     |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |    | IZAJE DE CARGAS                                                                                             |                                                                                  |                   | BLOQUEO ENERGÍAS PELIGROSAS                                           |                 |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI                   | NO |                                                                                                             | SI                                                                               | NO                |                                                                       | SI              | NO  | N/A |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente estan libre de sustancias?                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |    | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a movilizar? |                                                                                  |                   | Autorización de oficial de bloqueo                                    |                 |     |     |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |    | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                              |                                                                                  |                   | Corte visible de las fuentes de energías                              |                 |     |     |
| ¿Cuenta con extintor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |    | ¿Los certificados de operador y aparejador estan acorde a la capacidad del equipo a operar?                 |                                                                                  |                   | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energía |                 |     |     |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |    | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                    |                                                                                  |                   | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                     |                 |     |     |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |    | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                              |                                                                                  |                   | Area señalizada y aislada                                             |                 |     |     |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      |    | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra(vientos)?                                                        |                                                                                  |                   | Se tienen identificados los riesgos de la labor                       |                 |     |     |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |    |                                                                                                             |                                                                                  |                   | SUSTANCIAS QUÍMICAS                                                   |                 |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI                   | NO | N/A                                                                                                         |                                                                                  | SI                | NO                                                                    | N/A             |     |     |
| ¿El área de trabajo al inicio y final esta limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |    |                                                                                                             | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? |                   |                                                                       |                 |     |     |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |    |                                                                                                             | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                |                   |                                                                       |                 |     |     |
| Los abajo firmantes confirman que el area de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente. |                      |    |                                                                                                             |                                                                                  |                   |                                                                       |                 |     |     |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |    |                                                                                                             |                                                                                  |                   |                                                                       |                 |     |     |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NOMBRE Y APELLIDO    |    |                                                                                                             | CEDULA                                                                           | FIRMA DE APERTURA |                                                                       | FIRMA DE CIERRE |     |     |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Duvan Reyes          |    |                                                                                                             | 1002461522                                                                       | [Firma]           |                                                                       | [Firma]         |     |     |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Hermes Javer Pedraza |    |                                                                                                             | 91396.978                                                                        | [Firma]           |                                                                       | [Firma]         |     |     |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | KAREN VIVIANA GIRON  |    |                                                                                                             | 1.059604.023                                                                     | [Firma]           |                                                                       | [Firma]         |     |     |



| SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO                                     |                                     |                                     |                       |                              |                                     |                                                                                                               |                                                                 |                                                                                             |    | CODIGO: SST-CSS-FT-01                 |     |                                                                                                              |    |                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------|
| FORMATO PERMISO DE TRABAJO                                                             |                                     |                                     |                       |                              |                                     |                                                                                                               |                                                                 |                                                                                             |    | VERSION: 001                          |     |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| Elaboro: Consultor SST                                                                 |                                     |                                     |                       |                              |                                     |                                                                                                               |                                                                 |                                                                                             |    | Aprobó: Representante legal           |     |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| Elaboro: Consultor SST                                                                 |                                     |                                     |                       |                              |                                     |                                                                                                               |                                                                 |                                                                                             |    | FECHA: 1/07/2025                      |     |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| Elaboro: Consultor SST                                                                 |                                     |                                     |                       |                              |                                     |                                                                                                               |                                                                 |                                                                                             |    | Página 1 de 2                         |     |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| CENTRO DE TRABAJO                                                                      | AREA/ LUGAR                         | FECHA DE INICIO                     | HORA DE INICIO        | FECHA DE FINALIZACIÓN        | HORA FINAL                          | TIPO DE TRABAJO                                                                                               | RUTINARIO                                                       | RESPONSABLE                                                                                 |    |                                       |     |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| Duitama                                                                                | Para Pedregal                       | 21-02-2025                          | 7:00am                | 21-02-2025                   | 5:00 PM                             |                                                                                                               | NO RUTINARIO <input checked="" type="checkbox"/>                | Javier Pedraza                                                                              |    |                                       |     |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD                                                            |                                     |                                     |                       |                              |                                     | ¿ALTIMETRIA APROXIMADA DE LA ACTIVIDAD? (mts)                                                                 |                                                                 |                                                                                             |    |                                       |     |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| Mantenimiento botenas sanitarias                                                       |                                     |                                     |                       |                              |                                     | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>    |                                                                 |                                                                                             |    |                                       |     |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR                                                      |                                     |                                     |                       |                              |                                     | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                                                 |                                                                                             |    |                                       |     |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| Herramienta mano                                                                       |                                     |                                     |                       |                              |                                     | ¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>        |                                                                 |                                                                                             |    |                                       |     |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| TRABAJADORES AUTORIZADOS                                                               |                                     |                                     |                       |                              |                                     | REQUERIMIENTO DE APTITUD                                                                                      |                                                                 |                                                                                             |    |                                       |     |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION                                             |                                     |                                     |                       | CARGO                        |                                     | Óptimas condiciones de salud                                                                                  |                                                                 | Seguridad social vigente                                                                    |    | ¿Están calificados para la actividad? |     | Si trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentran aptos para su uso |    | Firma                                                                               |
|                                                                                        |                                     |                                     |                       |                              |                                     | SI                                                                                                            | NO                                                              | SI                                                                                          | NO | SI                                    | NO  | SI                                                                                                           | NO |                                                                                     |
| 1. Duvan Reyes                                                                         |                                     |                                     |                       | Residente O.                 |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                           |                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/>                                                         |    | <input checked="" type="checkbox"/>   |     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |    |  |
| 2. Lobero Jhona Ortiz Alvarez                                                          |                                     |                                     |                       | Aux. Obra                    |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                           |                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/>                                                         |    | <input checked="" type="checkbox"/>   |     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |    |                                                                                     |
| 3. Himes Javiu Pedraza                                                                 |                                     |                                     |                       | Maestro                      |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                           |                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/>                                                         |    | <input checked="" type="checkbox"/>   |     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |    |                                                                                     |
| 4. Karen Giron                                                                         |                                     |                                     |                       | Residente                    |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                           |                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/>                                                         |    | <input checked="" type="checkbox"/>   |     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |    |                                                                                     |
| 5. Luis Alejandro Vega                                                                 |                                     |                                     |                       | Aux                          |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                           |                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/>                                                         |    | <input checked="" type="checkbox"/>   |     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |    |                                                                                     |
| 6. Manuel Salamea                                                                      |                                     |                                     |                       | Aux                          |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                           |                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/>                                                         |    | <input checked="" type="checkbox"/>   |     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |    |                                                                                     |
| 7. Ramin Avella                                                                        |                                     |                                     |                       | Au                           |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                           |                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/>                                                         |    | <input checked="" type="checkbox"/>   |     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |    |                                                                                     |
| 8. Parmenio Cerna                                                                      |                                     |                                     |                       | Maestro                      |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                           |                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/>                                                         |    | <input checked="" type="checkbox"/>   |     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |    |                                                                                     |
| 9.                                                                                     |                                     |                                     |                       |                              |                                     |                                                                                                               |                                                                 |                                                                                             |    |                                       |     |                                                                                                              |    |  |
| 10.                                                                                    |                                     |                                     |                       |                              |                                     |                                                                                                               |                                                                 |                                                                                             |    |                                       |     |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| 11.                                                                                    |                                     |                                     |                       |                              |                                     |                                                                                                               |                                                                 |                                                                                             |    |                                       |     |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| 12.                                                                                    |                                     |                                     |                       |                              |                                     |                                                                                                               |                                                                 |                                                                                             |    |                                       |     |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| 13.                                                                                    |                                     |                                     |                       |                              |                                     |                                                                                                               |                                                                 |                                                                                             |    |                                       |     |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| 14.                                                                                    |                                     |                                     |                       |                              |                                     |                                                                                                               |                                                                 |                                                                                             |    |                                       |     |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                            |                                     |                                     |                       |                              |                                     | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ( seleccione según corresponda )                                                   |                                                                 |                                                                                             |    |                                       |     |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| SI                                                                                     |                                     | NO                                  |                       | SI                           |                                     | NO                                                                                                            |                                                                 |                                                                                             |    |                                       |     |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| Guantes de soldador                                                                    | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | Monogafas             | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                                               |                                                                 | Golpe por objeto en movimiento                                                              |    |                                       |     |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| Protección facial                                                                      | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | Montera               | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                                               |                                                                 | Atrapamiento del cuerpo                                                                     |    |                                       |     |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| Botas de seguridad                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Overol                | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                                               |                                                                 | Proyección de partículas                                                                    |    |                                       |     |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| Guantes nitrilo                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Casco                 | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                                               |                                                                 | Explosión                                                                                   |    |                                       |     |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| Gafas de seguridad                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Mascarilla media cara | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                                               |                                                                 | Intoxicación                                                                                |    |                                       |     |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| Guantes vaqueta                                                                        | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | Filtros               | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                                               |                                                                 | Contactos de sustancias tóxicas                                                             |    |                                       |     |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGÚN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |                                     |                                     |                       |                              |                                     |                                                                                                               |                                                                 |                                                                                             |    |                                       |     |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| TRABAJO EN ALTURAS                                                                     |                                     |                                     |                       |                              |                                     |                                                                                                               |                                                                 |                                                                                             |    |                                       |     |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN                                                                  | SI                                  | NO                                  | N/A                   | SISTEMA DE ACCESO            | SI                                  | NO                                                                                                            | N/A                                                             | Control Trabajo en Alturas                                                                  | SI | NO                                    | N/A |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| Delimitación del área                                                                  |                                     |                                     |                       | Andamios                     |                                     |                                                                                                               |                                                                 | ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre? |    |                                       |     |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| Ayudante de seguridad                                                                  |                                     |                                     |                       | Escalera                     |                                     |                                                                                                               |                                                                 | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas u objetos de trabajo?                       |    |                                       |     |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| Verificación de puntos de anclaje                                                      |                                     |                                     |                       | Elevador                     |                                     |                                                                                                               |                                                                 | ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?        |    |                                       |     |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| Señalización del área                                                                  |                                     |                                     |                       | Grúa con canasta             |                                     |                                                                                                               |                                                                 | ¿Las escaleras y pasarelas cuentan con barandas y rodapiés?                                 |    |                                       |     |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| Línea de advertencia                                                                   |                                     |                                     |                       | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO |                                     |                                                                                                               | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas? |                                                                                             |    |                                       |     |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| Trabajo en suspensión                                                                  |                                     |                                     |                       |                              |                                     |                                                                                                               | ¿Cuenta con los epps requeridos?                                |                                                                                             |    |                                       |     |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| Control de acceso                                                                      |                                     |                                     |                       | Posicionamiento              |                                     |                                                                                                               |                                                                 | ¿Se realizó inspección de EPCC?                                                             |    |                                       |     |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| Barandas                                                                               |                                     |                                     |                       | Restricción                  |                                     |                                                                                                               |                                                                 | ¿Se verificó competencias de los trabajadores?                                              |    |                                       |     |                                                                                                              |    |                                                                                     |
| ¿Otros? ¿Cuales?                                                                       |                                     |                                     |                       | Detención                    |                                     |                                                                                                               |                                                                 | ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                                       |    |                                       |     |                                                                                                              |    |                                                                                     |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                          |                                                                                                             |                                                                                  |                                     |                                                                       |                                     |                                     |                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |                          | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                                   |                                                                                  |                                     | SI                                                                    | NO                                  | N/A                                 |                                     |
| Selección                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SI                                  | NO                       |                                                                                                             |                                                                                  |                                     |                                                                       |                                     |                                     |                                     |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                            |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                                 |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| Gorro tipo arabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y están en buen estado                                        |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Acceso al área fue restringido                                                                              |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                        |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | La maquinaria amarilla cuenta con las condiciones aptas para la ejecución                                   |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                          | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                     |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                     |                          | IZAJE DE CARGAS                                                                                             |                                                                                  |                                     | BLOQUEO ENERGÍAS PELIGROSAS                                           |                                     |                                     |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SI                                  | NO                       |                                                                                                             | SI                                                                               | NO                                  |                                                                       | SI                                  | NO                                  | N/A                                 |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente están libre de sustancias?                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a movilizar? | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | Autorización de oficial de bloqueo                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                              | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | Corte visible de las fuentes de energías                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Cuenta con extinguidor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Los certificados de operador y aparejador están acorde a la capacidad del equipo a operar?                 | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energía | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                    | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                              | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | Área señalizada y aislada                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra (vientos)?                                                       | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | Se tienen identificados los riesgos de la labor                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                     |                          |                                                                                                             |                                                                                  | SUSTANCIAS QUÍMICAS                 |                                                                       |                                     |                                     |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SI                                  | NO                       | N/A                                                                                                         |                                                                                  | SI                                  | NO                                                                    | N/A                                 |                                     |                                     |
| ¿El área de trabajo al inicio y final está limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                    | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                    | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |
| <p>Los abajo firmantes confirman que el área de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente.</p> |                                     |                          |                                                                                                             |                                                                                  |                                     |                                                                       |                                     |                                     |                                     |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                     |                          |                                                                                                             |                                                                                  |                                     |                                                                       |                                     |                                     |                                     |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NOMBRE Y APELLIDO                   |                          |                                                                                                             | CEDULA                                                                           | FIRMA DE APERTURA                   | FIRMA DE CIERRE                                                       |                                     |                                     |                                     |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Duvan Reyes                         |                          |                                                                                                             | 1002461522                                                                       |                                     |                                                                       |                                     |                                     |                                     |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Hermes Javier Padua                 |                          |                                                                                                             | 91396-979                                                                        |                                     |                                                                       |                                     |                                     |                                     |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Karen Giron                         |                          |                                                                                                             | 1057.604.023                                                                     |                                     |                                                                       |                                     |                                     |                                     |





## SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CODIGO: SST-CSS-FT-01

VERSION:001

## FORMATO PERMISO DE TRABAJO

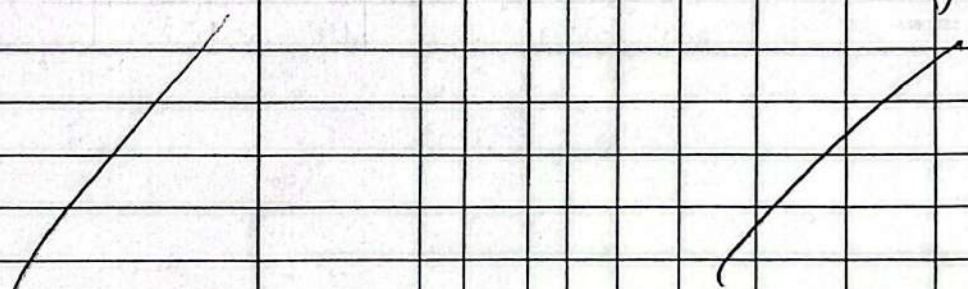
FECHA: 1/07/2025

Elaboro: Consultor SST

Aprobó: Representante legal

Página 1 de 2

|                                   |                                |                 |                |                       |            |                                            |           |                |
|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------|----------------|-----------------------|------------|--------------------------------------------|-----------|----------------|
| CENTRO DE TRABAJO                 | AREA/ LUGAR                    | FECHA DE INICIO | HORA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN | HORA FINAL | TIPO DE TRABAJO                            | RUTINARIO | RESPONSABLE    |
| Dutoma                            | En rededero                    | 23.01.26        | 7:00AM         | 23.01.26              | 5:00PM     | NO RUTINARIO                               | X         | Javier Padraza |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD       | Mantenimiento baterías sanitas |                 |                |                       |            | ¿ALTIMA APROXIMADA DE LA ACTIVIDAD? (més)  |           |                |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR | Herramienta menor              |                 |                |                       |            | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO?    |           |                |
|                                   |                                |                 |                |                       |            | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO? |           |                |
|                                   |                                |                 |                |                       |            | ¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL?        |           |                |

| TRABAJADORES AUTORIZADOS                   |                               |  |  | REQUERIMIENTO DE APTITUD |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              | Firma |    |                                                                                     |
|--------------------------------------------|-------------------------------|--|--|--------------------------|------------------------------|----|--------------------------|----|---------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----|-------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION |                               |  |  | CARGO                    | Óptimas condiciones de salud |    | Seguridad social vigente |    | ¿Están calificados para la actividad? |    | El trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentran aptos para su uso |       |    |                                                                                     |
|                                            |                               |  |  |                          | SI                           | NO | SI                       | NO | SI                                    | NO | SI                                                                                                           |       | NO |                                                                                     |
| 1.                                         | Duvan Reyes                   |  |  | Residente D.             | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |       |    |  |
| 2.                                         | Hernando Javier Padraza       |  |  | Maestro                  | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |       |    |                                                                                     |
| 3.                                         | Karen Giron                   |  |  | Residente SST            | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |       |    |                                                                                     |
| 4.                                         | Luisbel Johnson Ortiz Alvarez |  |  | Asx obra                 | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |       |    |                                                                                     |
| 5.                                         | Luis Alejandro Vega           |  |  | Avx                      | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |       |    |                                                                                     |
| 6.                                         | Ramiro Arella                 |  |  | Hx                       | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |       |    |                                                                                     |
| 7.                                         | Yamuel Alexander Salame       |  |  | As                       | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |       |    |                                                                                     |
| 8.                                         | Germano Peron                 |  |  | Maestro                  | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |       |    |                                                                                     |
| 9.                                         |                               |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |    |  |
| 10.                                        |                               |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |    |                                                                                     |
| 11.                                        |                               |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |    |                                                                                     |
| 12.                                        |                               |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |    |                                                                                     |
| 13.                                        |                               |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |    |                                                                                     |
| 14.                                        |                               |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |    |                                                                                     |

| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS |    |    |                       |    |    | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ( seleccione según corresponda ) |  |  |                                 |  |  |
|---------------------------------------------|----|----|-----------------------|----|----|-------------------------------------------------------------|--|--|---------------------------------|--|--|
| Guantes de soldador                         | SI | NO | Monogafas             | SI | NO | Golpe por objeto en movimiento                              |  |  | Atrapamiento del cuerpo         |  |  |
| Protección facial                           |    |    | Montera               |    |    | Golpeado por carga suspendida                               |  |  | Proyección de partículas        |  |  |
| Botas de seguridad                          |    |    | Overol                |    |    | Golpeado contra objeto o estructura                         |  |  | Explosión                       |  |  |
| Guantes nitrilo                             |    |    | Casco                 |    |    | Caída al mismo nivel                                        |  |  | Intoxicación                    |  |  |
| Gafas de seguridad                          |    |    | Mascarilla media cara |    |    | Contacto con energía eléctrica                              |  |  | Contactos de sustancias tóxicas |  |  |
| Guantes vaqueta                             |    |    | Filtros               |    |    |                                                             |  |  |                                 |  |  |

A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGÚN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

| TRABAJO EN ALTURAS                |    |    |                   |    |    |                                                                                             |    |    |                                                                       |    |    |
|-----------------------------------|----|----|-------------------|----|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----------------------------------------------------------------------|----|----|
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN             |    |    | SISTEMA DE ACCESO |    |    | Control Trabajo en Alturas                                                                  |    |    | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO                                          |    |    |
| Delimitación del área             | SI | NO | Andamios          | SI | NO | ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre? | SI | NO | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas u objetos de trabajo? | SI | NO |
| Ayudante de seguridad             |    |    | Escalera          |    |    | ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?        |    |    | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas?       |    |    |
| Verificación de puntos de anclaje |    |    | Elevador          |    |    | ¿Cuenta con los epps requeridos?                                                            |    |    | ¿Se realizó inspección de EPCC?                                       |    |    |
| Señalización del área             |    |    | Grúa con canasta  |    |    | ¿Se verificó competencias de los trabajadores?                                              |    |    | ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                 |    |    |
| Lineas de advertencia             |    |    |                   |    |    |                                                                                             |    |    |                                                                       |    |    |
| Trabajo en suspensión             |    |    |                   |    |    |                                                                                             |    |    |                                                                       |    |    |
| Control de acceso                 |    |    | Posicionamiento   |    |    |                                                                                             |    |    |                                                                       |    |    |
| Barandas                          |    |    | Restricción       |    |    |                                                                                             |    |    |                                                                       |    |    |
| ¿Otros? ¿Cuales?                  |    |    | Detención         |    |    |                                                                                             |    |    |                                                                       |    |    |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |    |                                                                                                             |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |    | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                                   |                                                                                  |                     | SI                                                                    | NO  | N/A |     |
| Seleccione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SI                   | NO |                                                                                                             |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
| Quantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      | /  | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                            |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                      | /  | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                                 |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
| Gorro tipo arabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                      | /  | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y estan en buen estado                                        |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                      | /  | Acceso al area fue restringido                                                                              |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                      | /  | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                        |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      | /  | La maquinaria amarilla cuenta con las condiciones aptas para la ejecución                                   |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                      | /  | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                     |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                      |    | IZAJE DE CARGAS                                                                                             |                                                                                  |                     | BLOQUEO ENERGIAS PELIGROSAS                                           |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SI                   | NO |                                                                                                             | SI                                                                               | NO                  |                                                                       | SI  | NO  | N/A |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente estan libre y/o aisladas de sustancias?                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      | /  | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a movilizar? |                                                                                  | /                   | Autorización de oficial de bloqueo                                    |     |     |     |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      | /  | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                              |                                                                                  | /                   | Corte visible de las fuentes de energias                              |     |     |     |
| ¿Cuentas con extinguidor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      | /  | ¿Los certificados de operador y aparejador estan acorde a la capacidad del equipo a operar?                 |                                                                                  | /                   | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energia |     |     |     |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      | /  | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                    |                                                                                  | /                   | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                     |     |     |     |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                      | /  | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                              |                                                                                  | /                   | Area señalizada y aislada                                             |     |     |     |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                      | /  | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra (vientos)?                                                       |                                                                                  | /                   | Se tienen identificados los riesgos de la labor                       |     |     |     |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |    |                                                                                                             |                                                                                  | SUSTANCIAS QUIMICAS |                                                                       |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SI                   | NO | N/A                                                                                                         |                                                                                  | SI                  | NO                                                                    | N/A |     |     |
| ¿El área de trabajo al inicio y final esta limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | /                    |    |                                                                                                             | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? |                     |                                                                       |     |     |     |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |    | /                                                                                                           | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                |                     |                                                                       |     |     |     |
| <p>Los abajo firmantes confirman que el area de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente.</p> |                      |    |                                                                                                             |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |    |                                                                                                             |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                      |    |                                                                                                             |                                                                                  |                     |                                                                       |     |     |     |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NOMBRE Y APELLIDO    |    | CEDULA                                                                                                      | FIRMA DE APERTURA                                                                | FIRMA DE CIERRE     |                                                                       |     |     |     |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Duvan Reyes          |    | 100 246 1522                                                                                                | <i>[Firma]</i>                                                                   | <i>[Firma]</i>      |                                                                       |     |     |     |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Hermes Javier Polara |    | 9'396.978                                                                                                   | <i>[Firma]</i>                                                                   | <i>[Firma]</i>      |                                                                       |     |     |     |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Karen Giron          |    | 1.057.604.023                                                                                               | <i>[Firma]</i>                                                                   | <i>[Firma]</i>      |                                                                       |     |     |     |





## SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CODIGO: SST-CSS-FT-01

VERSION: 001

## FORMATO PERMISO DE TRABAJO

FECHA: 1/07/2025

Elaboró: Consultor SST

Aprobó: Representante legal

Página 1 de 2

|                                   |                                      |                 |                |                       |            |                                            |           |                |
|-----------------------------------|--------------------------------------|-----------------|----------------|-----------------------|------------|--------------------------------------------|-----------|----------------|
| CENTRO DE TRABAJO                 | AREA/ LUGAR                          | FECHA DE INICIO | HORA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN | HORA FINAL | TIPO DE TRABAJO                            | RUTINARIO | RESPONSABLE    |
| DSTAMA                            | SENA                                 | 24.07.26        | 7:00am         | 24.07.26              | 12:00pm    | NO RUTINARIO                               | Y         | JAVIER PEDRAZA |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD       | MANTENIMIENTO DE BATERIAS SANITARIAS |                 |                |                       |            | ¿ALTA APROXIMADA DE LA ACTIVIDAD? (mts)    |           |                |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR | HERRAMIENTA MENOR                    |                 |                |                       |            | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO?    |           |                |
|                                   |                                      |                 |                |                       |            | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO? |           |                |
|                                   |                                      |                 |                |                       |            | ¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL?        |           |                |

## TRABAJADORES AUTORIZADOS

## REQUERIMIENTO DE APTITUD

| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION | CARGO         | Óptimas condiciones de salud |    | Seguridad social vigente |    | ¿Están calificados para la actividad? |    | El trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentran aptos para su uso |    | Firma     |
|--------------------------------------------|---------------|------------------------------|----|--------------------------|----|---------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------|
|                                            |               | SI                           | NO | SI                       | NO | SI                                    | NO | SI                                                                                                           | NO |           |
| 1. Karen Giron                             | Residente SST | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | JWG       |
| 2. Ismael Jhonatan Ortiz Alvarez           | Ax. Obra      | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | Ismael    |
| 3. Duvan Reyes                             | Residente O   | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | Duvan     |
| 4. Hermes Javier Pedraza                   | Maestro       | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | Hermes    |
| 5. Luis Alejandro Vega                     | Aux           | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | Luis Vega |
| 6. Yaniel Alejandro Salamanca              | Aux           | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | Yaniel    |
| 7. Raimundo Herrera                        | Ita           | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | Raimundo  |
| 8. Germano Cerón                           | Maestro       | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | Germano   |
| 9.                                         |               |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |           |
| 10.                                        |               |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |           |
| 11.                                        |               |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |           |
| 12.                                        |               |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |           |
| 13.                                        |               |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |           |
| 14.                                        |               |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |           |

## ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS

## IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS (seleccione según corresponda)

|                     | SI | NO |                       | SI | NO |
|---------------------|----|----|-----------------------|----|----|
| Guantes de soldador |    | X  | Monogafas             |    | X  |
| Protección facial   |    | X  | Montera               |    | X  |
| Botas de seguridad  | X  |    | Overol                | X  |    |
| Guantes nitrilo     | X  |    | Casco                 | X  |    |
| Gafas de seguridad  | X  |    | Mascarilla media cara |    | X  |
| Guantes vaqueta     |    | X  | Filtros               |    | X  |

|                                     |   |                                 |
|-------------------------------------|---|---------------------------------|
| Golpe por objeto en movimiento      |   | Atrapamiento del cuerpo         |
| Golpeado por carga suspendida       |   | Proyección de partículas        |
| Golpeado contra objeto o estructura |   | Explosión                       |
| Caida al mismo nivel                | X | Intoxicación                    |
| Contacto con energía eléctrica      |   | Contactos de sustancias tóxicas |

## A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGUN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

## TRABAJO EN ALTURAS

| MEDIDAS DE PREVENCIÓN             | SI | NO | N/A | SISTEMA DE ACCESO            | SI | NO | N/A | Control Trabajo en Alturas                                                                  | SI | NO | N/A |
|-----------------------------------|----|----|-----|------------------------------|----|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----|
| Delimitación del área             |    |    |     | Andamios                     |    |    |     | ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre? |    |    |     |
| Ayudante de seguridad             |    |    |     | Escalera                     |    |    |     | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas u objetos de trabajo?                       |    |    |     |
| Verificación de puntos de anclaje |    |    |     | Elevador                     |    |    |     | ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?        |    |    |     |
| Señalización del área             |    |    |     | Grúa con canasta             |    |    |     | ¿Las escaleras y pasarelas cuentan con barandas y rodapiés?                                 |    |    |     |
| Línea de advertencia              |    |    |     | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO |    |    |     | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas?                             |    |    |     |
| Trabajo en suspensión             |    |    |     |                              |    |    |     | ¿Cuenta con los epps requeridos?                                                            |    |    |     |
| Control de acceso                 |    |    |     | Posicionamiento              |    |    |     | ¿Se realizó inspección de EPCC?                                                             |    |    |     |
| Barandas                          |    |    |     | Restricción                  |    |    |     | ¿Se verificó competencias de los trabajadores?                                              |    |    |     |
| ¿Otros? ¿Cuales?                  |    |    |     | Detención                    |    |    |     | ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                                       |    |    |     |



| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |     | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                               |                   |     | DEMOLICIÓN                                                            |    |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------|----|-----|
| Seleccione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SI                  | NO  |                                                                                                         |                   |     | SI                                                                    | NO | N/A |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | /                   |     | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                        |                   |     | /                                                                     |    |     |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | /                   |     | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                             |                   |     | /                                                                     |    |     |
| Gorro tipo arabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | /                   |     | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y estan en buen estado                                    |                   |     | /                                                                     |    |     |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | /                   |     | Acceso al area fue restringido                                                                          |                   |     | /                                                                     |    |     |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | /                   |     | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                    |                   |     | /                                                                     |    |     |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | /                   |     | La maquinaria amarilla cuenta con las condiciones aptas para la ejecución                               |                   |     | /                                                                     |    |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |     | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                 |                   |     | /                                                                     |    |     |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |     | IZAJE DE CARGAS                                                                                         |                   |     | BLOQUEO ENERGÍAS PELIGROSAS                                           |    |     |
| SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | NO                  |     | SI                                                                                                      | NO                |     | SI                                                                    | NO | N/A |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente estan libre de sustancias?                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | /                   |     | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a mover? | /                 |     | Autorización de oficial de bloqueo                                    | /  |     |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | /                   |     | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                          | /                 |     | Corte visible de las fuentes de energías                              | /  |     |
| ¿Cuenta con extinguidor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | /                   |     | ¿Los certificados de operador y aparejador estan acorde a la capacidad del equipo a operar?             | /                 |     | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energía | /  |     |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | /                   |     | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                | /                 |     | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                     | /  |     |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | /                   |     | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                          | /                 |     | Area señalizada y aislada                                             | /  |     |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | /                   |     | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra(vientos)?                                                    | /                 |     | Se tienen identificados los riesgos de la labor                       | /  |     |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |     | SUSTANCIAS QUÍMICAS                                                                                     |                   |     |                                                                       |    |     |
| SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | NO                  | N/A | SI                                                                                                      | NO                | N/A | SI                                                                    | NO | N/A |
| ¿El área de trabajo al inicio y final esta limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | /                   |     | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio?                        | /                 |     |                                                                       | /  |     |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                              | /                   |     | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                                       | /                 |     |                                                                       | /  |     |
| <p>Los abajo firmantes confirman que el area de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente.</p> |                     |     |                                                                                                         |                   |     |                                                                       |    |     |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |     |                                                                                                         |                   |     |                                                                       |    |     |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NOMBRE Y APELLIDO   |     | CEDULA                                                                                                  | FIRMA DE APERTURA |     | FIRMA DE CIERRE                                                       |    |     |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Duvan Reyes         |     | 1002 461 522                                                                                            | [Firma]           |     | [Firma]                                                               |    |     |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Homer Jauer Pedraza |     | 9'396. 978                                                                                              | [Firma]           |     | [Firma]                                                               |    |     |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | KARON UNIANA GIRON  |     | 1.059 601.023                                                                                           | [Firma]           |     | [Firma]                                                               |    |     |





## SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CODIGO: SST-CSS-FT-01

VERSION:001

## FORMATO PERMISO DE TRABAJO

FECHA: 1/07/2025

Elaboró: Consultor SST

Aprobó: Representante legal

Página 1 de 2

|                                   |                                 |                 |                |                       |            |                                            |                                                                    |                |
|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------|----------------|-----------------------|------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------|
| CENTRO DE TRABAJO                 | AREA/ LUGAR                     | FECHA DE INICIO | HORA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN | HORA FINAL | TIPO DE TRABAJO                            | RUTINARIO                                                          | RESPONSABLE    |
| Durango                           | Ena-Ortega                      | 26.01.25        | 7:00 am        | 26.01.2025            | 5:00 pm    |                                            | NO RUTINARIO Y                                                     | Javier Pedraza |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD       | Mantenimiento baterías Santitas |                 |                |                       |            | ¿ALTIMA APROXIMADA DE LA ACTIVIDAD? (mts)  |                                                                    | N/A            |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR | Herramienta manual              |                 |                |                       |            | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO?    | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                |
|                                   |                                 |                 |                |                       |            | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO? | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                |
|                                   |                                 |                 |                |                       |            | ¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL?        | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                |

| TRABAJADORES AUTORIZADOS                   |                             | REQUERIMIENTO DE APTITUD |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              | Firma |           |
|--------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|------------------------------|----|--------------------------|----|---------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------|
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION |                             | CARGO                    | Óptimas condiciones de salud |    | Seguridad social vigente |    | ¿Están calificados para la actividad? |    | El trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentren aptos para su uso |       |           |
|                                            |                             |                          | SI                           | NO | SI                       | NO | SI                                    | NO | SI                                                                                                           |       | NO        |
| 1.                                         | Durán Reyes                 | Residente O              | x                            |    | X                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       | DR        |
| 2.                                         | Manuel Alvarado Salameiro   | Aux Obra                 | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       | Man       |
| 3.                                         | Ysabel Johana Ortiz Alvarez | Aux Obra                 | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       | Ysabel    |
| 4.                                         | Javier Pedraza              | Maestro                  | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       | Javier    |
| 5.                                         | Luis Alejandro Vega         | Aux                      | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       | Luis Vega |
| 6.                                         | Karen Giron                 | Residente SST            | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       | Karen     |
| 7.                                         | Romiro Arrio                | Aux                      | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       | Romiro    |
| 8.                                         | Annemio Cerón               | Maestro                  | x                            |    | x                        |    | x                                     |    | x                                                                                                            |       | Annemio   |
| 9.                                         |                             |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |           |
| 10.                                        |                             |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |           |
| 11.                                        |                             |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |           |
| 12.                                        |                             |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |           |
| 13.                                        |                             |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |           |
| 14.                                        |                             |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |       |           |

| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS |    |    |                       |    |    | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ( seleccione según corresponda ) |  |                                 |
|---------------------------------------------|----|----|-----------------------|----|----|-------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|
|                                             | SI | NO |                       | SI | NO |                                                             |  |                                 |
| Guantes de soldador                         |    |    | Monogafas             |    |    | Golpe por objeto en movimiento                              |  | Atrapamiento del cuerpo         |
| Protección facial                           |    |    | Montera               |    |    | Golpeado por carga suspendida                               |  | Proyección de partículas        |
| Botas de seguridad                          |    |    | Overol                |    |    | Golpeado contra objeto o estructura                         |  | Explosión                       |
| Guantes nitrilo                             |    |    | Casco                 |    |    | Caída al mismo nivel                                        |  | Intoxicación                    |
| Gafas de seguridad                          |    |    | Mascarilla media cara |    |    | Contacto con energía eléctrica                              |  | Contactos de sustancias tóxicas |
| Guantes vaqueta                             |    |    | Filtros               |    |    |                                                             |  |                                 |

A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGÚN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

| TRABAJO EN ALTURAS                |    |    |     |                              |    |    |     |                                                                                             |    |    |     |
|-----------------------------------|----|----|-----|------------------------------|----|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----|
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN             | SI | NO | N/A | SISTEMA DE ACCESO            | SI | NO | N/A | Control Trabajo en Alturas                                                                  | SI | NO | N/A |
| Delimitación del área             |    |    |     | Andamios                     |    |    |     | ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre? |    |    |     |
| Ayudante de seguridad             |    |    |     | Escalera                     |    |    |     | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas u objetos de trabajo?                       |    |    |     |
| Verificación de puntos de anclaje |    |    |     | Elevador                     |    |    |     | ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?        |    |    |     |
| Señalización del área             |    |    |     | Grúa con canasta             |    |    |     | ¿Las escaleras y pasarelas cuentan con barandas y rodapiés?                                 |    |    |     |
| Línea de advertencia              |    |    |     | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO |    |    |     | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas?                             |    |    |     |
| Trabajo en suspensión             |    |    |     |                              |    |    |     | ¿Cuenta con los epps requeridos?                                                            |    |    |     |
| Control de acceso                 |    |    |     | Posicionamiento              |    |    |     | ¿Se realizó inspección de EPCC?                                                             |    |    |     |
| Barandas                          |    |    |     | Restricción                  |    |    |     | ¿Se verificó competencias de los trabajadores?                                              |    |    |     |
| ¿Otros? ¿Cuales?                  |    |    |     | Detención                    |    |    |     | ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                                       |    |    |     |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                     |                          |                                                                                                             |                                                                                  |                                     |                                                                       |                                     |                          |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                          | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                                   |                                                                                  |                                     |                                                                       |                                     |                          |                          |
| Seleccione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SI                                  | NO                       |                                                                                                             |                                                                                  |                                     | SI                                                                    | NO                                  | N/A                      |                          |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                            |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |                          |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                                 |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |                          |
| Gorro tipo arabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y están en buen estado                                        |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |                          |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Acceso al área fue restringido                                                                              |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |                          |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                        |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |                          |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | La maquinaria amarilla cuenta con las condiciones aptas para la ejecución                                   |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |                          | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                     |                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |                          |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                          | IZAJE DE CARGAS                                                                                             |                                                                                  |                                     | BLOQUEO ENERGÍAS PELIGROSAS                                           |                                     |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI                                  | NO                       |                                                                                                             | SI                                                                               | NO                                  |                                                                       | SI                                  | NO                       | N/A                      |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente están libre de sustancias?                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a movilizar? | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | Autorización de oficial de bloqueo                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                              | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | Corte visible de las fuentes de energías                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Cuenta con señalización?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Los certificados de operador y aparejador están acorde a la capacidad del equipo a operar?                 | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energía | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                    | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                              | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | Área señalizada y aislada                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra (vientos)?                                                       | <input checked="" type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            | Se tienen identificados los riesgos de la labor                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                          | SUSTANCIAS QUÍMICAS                                                                                         |                                                                                  |                                     |                                                                       |                                     |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI                                  | NO                       | N/A                                                                                                         |                                                                                  | SI                                  | NO                                                                    | N/A                                 |                          |                          |
| ¿El área de trabajo al inicio y final está limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                    | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                    | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |
| Los abajo firmantes confirman que el área de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente. |                                     |                          |                                                                                                             |                                                                                  |                                     |                                                                       |                                     |                          |                          |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                          |                                                                                                             |                                                                                  |                                     |                                                                       |                                     |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |                          |                                                                                                             |                                                                                  |                                     |                                                                       |                                     |                          |                          |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NOMBRE Y APELLIDO                   |                          |                                                                                                             | CEDULA                                                                           | FIRMA DE APERTURA                   | FIRMA DE CIERRE                                                       |                                     |                          |                          |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Duran Danilo Reyes                  |                          |                                                                                                             | 1002461522                                                                       |                                     |                                                                       |                                     |                          |                          |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Hermes Javier Pedraza               |                          |                                                                                                             | 91396978                                                                         |                                     |                                                                       |                                     |                          |                          |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Karen Viviana Giron                 |                          |                                                                                                             | 1057604023                                                                       |                                     |                                                                       |                                     |                          |                          |



| SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO                                     |             |                 |                |                       |                              |                                            |                |                                                                    |    | CODIGO: SST-CSS-FI-41                 |                                                                                             |                                                                                                              |                                  |         |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------|----------------|-----------------------|------------------------------|--------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------|-----|
| FORMATO PERMISO DE TRABAJO                                                             |             |                 |                |                       |                              |                                            |                |                                                                    |    | VERSION: 001                          |                                                                                             |                                                                                                              |                                  |         |     |
| Elaboro: Consultor SST                                                                 |             |                 |                |                       |                              |                                            |                |                                                                    |    | Aprobó: Representante legal           |                                                                                             |                                                                                                              |                                  |         |     |
| Elaboro: Consultor SST                                                                 |             |                 |                |                       |                              |                                            |                |                                                                    |    | FECHA: 1/07/2025                      |                                                                                             |                                                                                                              |                                  |         |     |
| Elaboro: Consultor SST                                                                 |             |                 |                |                       |                              |                                            |                |                                                                    |    | Página 1 de 2                         |                                                                                             |                                                                                                              |                                  |         |     |
| CENTRO DE TRABAJO                                                                      | AREA/ LUGAR | FECHA DE INICIO | HORA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN | HORA FINAL                   | TIPO DE TRABAJO                            | RUTINARIO      | RESPONSABLE                                                        |    |                                       |                                                                                             |                                                                                                              |                                  |         |     |
| Duloma                                                                                 | Cedeagro    | 27.01.26        | 7:00am         | 27.01.2026            | 5:00 PM                      |                                            | NO RUTINARIO X | Javier Pedraza                                                     |    |                                       |                                                                                             |                                                                                                              |                                  |         |     |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD                                                            |             |                 |                |                       |                              | ¿ALTIMA APROXIMADA DE LA ACTIVIDAD? (mts)  |                | N/A                                                                |    |                                       |                                                                                             |                                                                                                              |                                  |         |     |
| Mantenimiento baterías Sanitarias                                                      |             |                 |                |                       |                              | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO?    |                | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |    |                                       |                                                                                             |                                                                                                              |                                  |         |     |
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR                                                      |             |                 |                |                       |                              | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO? |                | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |    |                                       |                                                                                             |                                                                                                              |                                  |         |     |
| Herramienta manual                                                                     |             |                 |                |                       |                              | ¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL?        |                | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |    |                                       |                                                                                             |                                                                                                              |                                  |         |     |
| TRABAJADORES AUTORIZADOS                                                               |             |                 |                |                       |                              | REQUERIMIENTO DE APTITUD                   |                |                                                                    |    |                                       |                                                                                             |                                                                                                              |                                  |         |     |
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION                                             |             |                 |                | CARGO                 |                              | Óptimas condiciones de salud               |                | Seguridad social vigente                                           |    | ¿Están calificados para la actividad? |                                                                                             | El trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentran aptos para su uso |                                  | Firma   |     |
|                                                                                        |             |                 |                |                       |                              | SI                                         | NO             | SI                                                                 | NO | SI                                    | NO                                                                                          | SI                                                                                                           | NO                               |         |     |
| 1. Duván Reyes                                                                         |             |                 |                | Residente 0           |                              | X                                          |                | X                                                                  |    | X                                     |                                                                                             | X                                                                                                            |                                  | [Firma] |     |
| 2. Javier Pedraza                                                                      |             |                 |                | Maestro               |                              | X                                          |                | X                                                                  |    | X                                     |                                                                                             | X                                                                                                            |                                  | [Firma] |     |
| 3. Luis Alejandro Vega                                                                 |             |                 |                | Xox                   |                              | X                                          |                | X                                                                  |    | X                                     |                                                                                             | X                                                                                                            |                                  | [Firma] |     |
| 4. Karen Ginn                                                                          |             |                 |                | Pendiente SST         |                              | X                                          |                | X                                                                  |    | X                                     |                                                                                             | X                                                                                                            |                                  | [Firma] |     |
| 5. Robert Johana Ortiz Alvarez                                                         |             |                 |                | Aux Obra              |                              | X                                          |                | X                                                                  |    | X                                     |                                                                                             | X                                                                                                            |                                  | [Firma] |     |
| 6. Manuel Nyacho Salameon                                                              |             |                 |                | Aux. Obra             |                              | X                                          |                | X                                                                  |    | X                                     |                                                                                             | X                                                                                                            |                                  | [Firma] |     |
| 7. Ramiro Avella                                                                       |             |                 |                | Itva                  |                              | X                                          |                | X                                                                  |    | X                                     |                                                                                             | X                                                                                                            |                                  | [Firma] |     |
| 8. Ramiro Ceiza                                                                        |             |                 |                | Muestro               |                              | X                                          |                | X                                                                  |    | X                                     |                                                                                             | X                                                                                                            |                                  | [Firma] |     |
| 9.                                                                                     |             |                 |                |                       |                              |                                            |                |                                                                    |    |                                       |                                                                                             |                                                                                                              |                                  |         |     |
| 10.                                                                                    |             |                 |                |                       |                              |                                            |                |                                                                    |    |                                       |                                                                                             |                                                                                                              |                                  |         |     |
| 11.                                                                                    |             |                 |                |                       |                              |                                            |                |                                                                    |    |                                       |                                                                                             |                                                                                                              |                                  |         |     |
| 12.                                                                                    |             |                 |                |                       |                              |                                            |                |                                                                    |    |                                       |                                                                                             |                                                                                                              |                                  |         |     |
| 13.                                                                                    |             |                 |                |                       |                              |                                            |                |                                                                    |    |                                       |                                                                                             |                                                                                                              |                                  |         |     |
| 14.                                                                                    |             |                 |                |                       |                              |                                            |                |                                                                    |    |                                       |                                                                                             |                                                                                                              |                                  |         |     |
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                            |             |                 |                |                       |                              |                                            |                |                                                                    |    |                                       |                                                                                             | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ( seleccione según corresponda )                                                  |                                  |         |     |
| SI                                                                                     |             | NO              |                | SI                    |                              | NO                                         |                |                                                                    |    |                                       |                                                                                             |                                                                                                              |                                  |         |     |
| Guantes de soldador                                                                    |             |                 |                | Monogafas             |                              |                                            |                | Golpe por objeto en movimiento                                     |    |                                       |                                                                                             | Atrapamiento del cuerpo                                                                                      |                                  |         |     |
| Protección facial                                                                      |             |                 |                | Montera               |                              |                                            |                | Golpeado por carga suspendida                                      |    |                                       |                                                                                             | Proyección de partículas                                                                                     |                                  |         |     |
| Botas de seguridad                                                                     |             |                 |                | Overol                |                              |                                            |                | Golpeado contra objeto o estructura                                |    |                                       |                                                                                             | Explosión                                                                                                    |                                  |         |     |
| Guantes nitrilo                                                                        |             |                 |                | Casco                 |                              |                                            |                | Caída al mismo nivel                                               |    |                                       |                                                                                             | Intoxicación                                                                                                 |                                  |         |     |
| Gafas de seguridad                                                                     |             |                 |                | Mascarilla media cara |                              |                                            |                | Contacto con energía eléctrica                                     |    |                                       |                                                                                             | Contactos de sustancias tóxicas                                                                              |                                  |         |     |
| Guantes vaqueta                                                                        |             |                 |                | Filtros               |                              |                                            |                |                                                                    |    |                                       |                                                                                             |                                                                                                              |                                  |         |     |
| A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGÚN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |             |                 |                |                       |                              |                                            |                |                                                                    |    |                                       |                                                                                             |                                                                                                              |                                  |         |     |
| TRABAJO EN ALTURAS                                                                     |             |                 |                |                       |                              |                                            |                |                                                                    |    |                                       |                                                                                             |                                                                                                              |                                  |         |     |
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN                                                                  |             | SI              | NO             | N/A                   | SISTEMA DE ACCESO            |                                            |                | SI                                                                 | NO | N/A                                   | Control Trabajo en Alturas                                                                  |                                                                                                              | SI                               | NO      | N/A |
| Delimitación del área                                                                  |             |                 |                |                       | Andamios                     |                                            |                |                                                                    |    |                                       | ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre? |                                                                                                              |                                  |         |     |
| Ayudante de seguridad                                                                  |             |                 |                |                       | Escalera                     |                                            |                |                                                                    |    |                                       | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas u objetos de trabajo?                       |                                                                                                              |                                  |         |     |
| Verificación de puntos de anclaje                                                      |             |                 |                |                       | Elevador                     |                                            |                |                                                                    |    |                                       | ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?        |                                                                                                              |                                  |         |     |
| Señalización del área                                                                  |             |                 |                |                       | Grúa con canasta             |                                            |                |                                                                    |    |                                       | ¿Las escaleras y pasarelas cuentan con barandas y rodapiés?                                 |                                                                                                              |                                  |         |     |
| Línea de advertencia                                                                   |             |                 |                |                       | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO |                                            |                |                                                                    |    |                                       | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas?                             |                                                                                                              |                                  |         |     |
| Trabajo en suspensión                                                                  |             |                 |                |                       |                              |                                            |                |                                                                    |    |                                       |                                                                                             |                                                                                                              | ¿Cuenta con los epps requeridos? |         |     |
| Control de acceso                                                                      |             |                 |                |                       | Posicionamiento              |                                            |                |                                                                    |    |                                       | ¿Se realizó inspección de EPCC?                                                             |                                                                                                              |                                  |         |     |
| Barandas                                                                               |             |                 |                |                       | Restricción                  |                                            |                |                                                                    |    |                                       | ¿Se verificó competencias de los trabajadores?                                              |                                                                                                              |                                  |         |     |
| ¿Otros? ¿Cuales?                                                                       |             |                 |                |                       | Detención                    |                                            |                |                                                                    |    |                                       | ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                                       |                                                                                                              |                                  |         |     |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                       |                                                                                                         |  |  |                                                                                  |  |                   |    |  |  |                 |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|----|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                       | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                               |  |  | SI                                                                               |  |                   | NO |  |  | N/A             |  |  |  |  |  |
| Selección                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                       |                                                                                                         |  |  |                                                                                  |  |                   |    |  |  |                 |  |  |  |  |  |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                       | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                        |  |  |                                                                                  |  |                   |    |  |  |                 |  |  |  |  |  |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                       | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                             |  |  |                                                                                  |  |                   |    |  |  |                 |  |  |  |  |  |
| Gorro tipo árabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                       | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y están en buen estado                                    |  |  |                                                                                  |  |                   |    |  |  |                 |  |  |  |  |  |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                       | Acceso al área fue restringido                                                                          |  |  |                                                                                  |  |                   |    |  |  |                 |  |  |  |  |  |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                       | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                    |  |  |                                                                                  |  |                   |    |  |  |                 |  |  |  |  |  |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                       | La maquinaria amarilla cuenta con las condiciones aptas para la ejecución                               |  |  |                                                                                  |  |                   |    |  |  |                 |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                       | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                 |  |  |                                                                                  |  |                   |    |  |  |                 |  |  |  |  |  |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                       | IZAJE DE CARGAS                                                                                         |  |  | BLOQUEO ENERGÍAS PELIGROSAS                                                      |  |                   |    |  |  |                 |  |  |  |  |  |
| SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                       | NO                                                                                                      |  |  | SI                                                                               |  |                   | NO |  |  | N/A             |  |  |  |  |  |
| ¿Las áreas designadas para trabajos en caliente están libre de actividades de sustancias?                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                       | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a mover? |  |  | Autorización de oficial de bloqueo                                               |  |                   |    |  |  |                 |  |  |  |  |  |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                       | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                          |  |  | Corte visible de las fuentes de energías                                         |  |                   |    |  |  |                 |  |  |  |  |  |
| ¿Cuánta con cables?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                       | ¿Los certificados de operador y aparejador están acorde a la capacidad del equipo a operar?             |  |  | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energía            |  |                   |    |  |  |                 |  |  |  |  |  |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                       | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                |  |  | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                                |  |                   |    |  |  |                 |  |  |  |  |  |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                       | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                          |  |  | Área señalizada y aislada                                                        |  |                   |    |  |  |                 |  |  |  |  |  |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                       | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra (vientos)?                                                   |  |  | Se tienen identificados los riesgos de la labor                                  |  |                   |    |  |  |                 |  |  |  |  |  |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                       |                                                                                                         |  |  | SUSTANCIAS QUÍMICAS                                                              |  |                   |    |  |  |                 |  |  |  |  |  |
| SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                       |                                                                                                         |  |  | NO                                                                               |  |                   |    |  |  | N/A             |  |  |  |  |  |
| ¿El área de trabajo al inicio y final está limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                       |                                                                                                         |  |  | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? |  |                   |    |  |  |                 |  |  |  |  |  |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                       |                                                                                                         |  |  | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                |  |                   |    |  |  |                 |  |  |  |  |  |
| <p>Los abajo firmantes confirman que el área de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente.</p> |  |                       |                                                                                                         |  |  |                                                                                  |  |                   |    |  |  |                 |  |  |  |  |  |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                       |                                                                                                         |  |  |                                                                                  |  |                   |    |  |  |                 |  |  |  |  |  |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | NOMBRE Y APELLIDO     |                                                                                                         |  |  | CEDULA                                                                           |  | FIRMA DE APERTURA |    |  |  | FIRMA DE CIERRE |  |  |  |  |  |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Duan Parilo Reyes F.  |                                                                                                         |  |  | 1002461522                                                                       |  | Duan              |    |  |  | Duan            |  |  |  |  |  |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Hermes Javier Pedraza |                                                                                                         |  |  | 91396978                                                                         |  | Hermes            |    |  |  | Hermes          |  |  |  |  |  |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Karen Girón           |                                                                                                         |  |  | 1057604023                                                                       |  | Karen             |    |  |  | Karen           |  |  |  |  |  |





## SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CODIGO: SST-CSS-FT-01

VERSION: 001

## FORMATO PERMISO DE TRABAJO

FECHA: 1/07/2025

Elaboró: Consultor SST

Aprobó: Representante legal

Página 1 de 2

|                             |                                   |                 |                |                       |            |                                            |              |                |
|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------|----------------|-----------------------|------------|--------------------------------------------|--------------|----------------|
| CENTRO DE TRABAJO           | AREA/LUGAR                        | FECHA DE INICIO | HORA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN | HORA FINAL | TIPO DE TRABAJO                            | RUTINARIO    | RESPONSABLE    |
| Durán - Boy                 | Cedecigro                         | 28-01-26        | 7:00 AM        | 28-01-2025            | 5:00 PM    |                                            | NO RUTINARIO | Javier Pedraza |
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | Mantenimiento baterías sanitarias |                 |                |                       |            | ¿ALTA APROXIMADA DE LA ACTIVIDAD? (més)    |              |                |
|                             |                                   |                 |                |                       |            | ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTO?    |              |                |
|                             |                                   |                 |                |                       |            | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO PARA SU USO? |              |                |
|                             |                                   |                 |                |                       |            | ¿SE HIZO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL?        |              |                |

| TRABAJADORES AUTORIZADOS                   |                            |  |  | REQUERIMIENTO DE APTITUD |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |           |
|--------------------------------------------|----------------------------|--|--|--------------------------|------------------------------|----|--------------------------|----|---------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------|
| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES -IDENTIFICACION |                            |  |  | CARGO                    | Óptimas condiciones de salud |    | Seguridad social vigente |    | ¿Están calificados para la actividad? |    | El trabajador inspecciona sus elementos de protección personal y asegura que se encuentran aptos para su uso |    | Firma     |
|                                            |                            |  |  |                          | SI                           | NO | SI                       | NO | SI                                    | NO | SI                                                                                                           | NO |           |
| 1.                                         | Duran Reyw                 |  |  | Residente                | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | Duran     |
| 2.                                         | Luis Alejandro Vega        |  |  | Aux                      | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | Luis Vega |
| 3.                                         | Haniel Alvarado Salazar    |  |  | Auxiliar                 | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | Haniel    |
| 4.                                         | Libel Johana Ortiz Alvarez |  |  | Aux. Obra                | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | Libel     |
| 5.                                         | Javier Pedraza             |  |  | Mantu                    | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | Javier    |
| 6.                                         | Yaren Giron                |  |  | Residente<br>SSP         | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | Yaren     |
| 7.                                         | Pamela Giron               |  |  | Muerto                   | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | Pamela    |
| 8.                                         | Zamiro Arellan             |  |  | Aux                      | X                            |    | X                        |    | X                                     |    | X                                                                                                            |    | Zamiro    |
| 9.                                         |                            |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |           |
| 10.                                        |                            |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |           |
| 11.                                        |                            |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |           |
| 12.                                        |                            |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |           |
| 13.                                        |                            |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |           |
| 14.                                        |                            |  |  |                          |                              |    |                          |    |                                       |    |                                                                                                              |    |           |

| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS |  |    |  |                       |  | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ( seleccione según corresponda ) |  |    |  |                                     |  |
|---------------------------------------------|--|----|--|-----------------------|--|-------------------------------------------------------------|--|----|--|-------------------------------------|--|
| SI                                          |  | NO |  | SI                    |  | SI                                                          |  | NO |  | SI                                  |  |
| Guantes de soldador                         |  |    |  | Monogafas             |  |                                                             |  |    |  | Golpe por objeto en movimiento      |  |
| Protección facial                           |  |    |  | Montera               |  |                                                             |  |    |  | Golpeado por carga suspendida       |  |
| Botas de seguridad                          |  |    |  | Overol                |  |                                                             |  |    |  | Golpeado contra objeto o estructura |  |
| Guantes nitrilo                             |  |    |  | Casco                 |  |                                                             |  |    |  | Caída al mismo nivel                |  |
| Gafas de seguridad                          |  |    |  | Mascarilla media cara |  |                                                             |  |    |  | Contacto con energía eléctrica      |  |
| Guantes vaqueta                             |  |    |  | Filtros               |  |                                                             |  |    |  | Atrapamiento del cuerpo             |  |
|                                             |  |    |  |                       |  |                                                             |  |    |  | Proyección de partículas            |  |
|                                             |  |    |  |                       |  |                                                             |  |    |  | Explosión                           |  |
|                                             |  |    |  |                       |  |                                                             |  |    |  | Intoxicación                        |  |
|                                             |  |    |  |                       |  |                                                             |  |    |  | Contactos de sustancias tóxicas     |  |

A CONTINUACIÓN VERIFIQUE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SEGÚN LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

| TRABAJO EN ALTURAS                |    |    |                              |                   |    |    |     |                                                                                             |    |    |     |
|-----------------------------------|----|----|------------------------------|-------------------|----|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----|
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN             | SI | NO | N/A                          | SISTEMA DE ACCESO | SI | NO | N/A | Control Trabajo en Alturas                                                                  | SI | NO | N/A |
| Delimitación del área             |    |    | /                            | Andamios          |    |    |     | ¿Se controla el ingreso al área para evitar que personal ajeno a la actividad se involucre? |    |    |     |
| Ayudante de seguridad             |    |    |                              | Escalera          |    |    |     | ¿Se controla el riesgo de caída de herramientas u objetos de trabajo?                       |    |    |     |
| Verificación de puntos de anclaje |    |    |                              | Elevador          |    |    |     | ¿Las condiciones medio ambientales son adecuadas para el desarrollo de la actividad?        |    |    | /   |
| Señalización del área             |    |    |                              | Grúa con canasta  |    |    |     | ¿Las escaleras y pasarelas cuentan con barandas y rodapiés?                                 |    |    |     |
| Línea de advertencia              |    |    | SISTEMA DE ANCLAJE REQUERIDO |                   |    |    |     | ¿Se identificaron los peligros asociados al trabajo en alturas?                             |    |    |     |
| Trabajo en suspensión             |    |    |                              |                   |    |    |     | ¿Cuenta con los epps requeridos?                                                            |    |    |     |
| Control de acceso                 |    |    |                              | Posicionamiento   |    |    |     | ¿Se realizó inspección de EPCC?                                                             |    |    |     |
| Barandas                          |    |    |                              | Restricción       |    | /  |     | ¿Se verificó competencias de los trabajadores?                                              |    |    |     |
| ¿Otros? ¿Cuales?                  |    |    |                              | Detención         |    | /  |     | ¿Cuenta con acompañamiento de coordinador de alturas?                                       |    |    |     |



| DEMOLICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                       |                                                                                                             |               |  |                                                                       |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--|-----------------------------------------------------------------------|--|-----------------|-----|--|--|----------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----|--|--|----|--|--|-----|--|--|
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                       | CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD                                                   |               |  | SI                                                                    |  |                 | NO  |  |  | N/A                                                                              |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| Selección                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                       |                                                                                                             |               |  |                                                                       |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| Guantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                       | Existen planos que indiquen la ubicación y profundidad a excavar                                            |               |  |                                                                       |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| Botas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                       | Fueron interrumpidos los servicios para garantizar la ejecución del trabajo                                 |               |  |                                                                       |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| Gorro tipo árabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                       | Las herramientas de trabajo son las adecuadas y están en buen estado                                        |               |  |                                                                       |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| Casco de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                       | Acceso al área fue restringido                                                                              |               |  |                                                                       |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| Protección auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                       | Se realizaron las coordinaciones necesarias para comenzar el trabajo                                        |               |  |                                                                       |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| Protección facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                       | La maquinaria amarilla cuenta con las condiciones aptas para la ejecución                                   |               |  |                                                                       |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                       | Se tomaron las medidas necesarias para retirar los escombros de la zona                                     |               |  |                                                                       |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| TRABAJO EN CALIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                       | IZAJE DE CARGAS                                                                                             |               |  | BLOQUEO ENERGÍAS PELIGROSAS                                           |  |                 | SI  |  |  | NO                                                                               |  |  | N/A |  |  |    |  |  |     |  |  |
| ¿Cay áreas designadas para trabajos en caliente están libre de aislados de sustancias?                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                       | ¿Se tiene en cuenta las dimensiones (alto, ancho, largo, peso, volumen) del material o equipos a movilizar? |               |  | Autorización de oficial de bloqueo                                    |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| ¿Se necesita instalar guardas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                       | ¿Se realizó inspección pre operacional a los equipos de izaje?                                              |               |  | Corte visible de las fuentes de energías                              |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| ¿Cuenta con señalador?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                       | ¿Los certificados de operador y aparejador están acorde a la capacidad del equipo a operar?                 |               |  | Bloqueo efectivo de los dispositivos de corte de la fuente de energía |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| ¿Equipos y cables en buen estado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                       | ¿Se verificaron todos y cada uno de los puntos de izaje?                                                    |               |  | ¿Se cuenta con matriz de bloqueo?                                     |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| ¿Se instalaron mamparas o barreras?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                       | ¿Cuenta con aparejos certificados, en buen estado y son acorde a la actividad?                              |               |  | Área señalizada y aislada                                             |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| ¿Materiales y equipos cubiertos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                       | ¿Se cuenta con cable guía para la maniobra (vientos)?                                                       |               |  | Se tienen identificados los riesgos de la labor                       |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| MEDIO AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                       | SI                                                                                                          |               |  | NO                                                                    |  |                 | N/A |  |  | SUSTANCIAS QUÍMICAS                                                              |  |  | SI  |  |  | NO |  |  | N/A |  |  |
| ¿El área de trabajo al inicio y final está limpia y ordenada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                       |                                                                                                             |               |  |                                                                       |  |                 |     |  |  | ¿Se cuenta con las fichas de seguridad de las sustancias utilizadas en el sitio? |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| Se cuenta con recipientes para almacenamiento de residuos convencionales y peligrosos (aceites, grasas, entre otros)                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                       |                                                                                                             |               |  |                                                                       |  |                 |     |  |  | ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o etiquetadas?                |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| <p>Los abajo firmantes confirman que el área de trabajo ha sido verificada al igual que las precauciones de seguridad necesarias y se aprueba su cumplimiento. Los ejecutantes son responsables por conocer y aplicar los procedimientos seguros de trabajo relacionados en este permiso, por tanto, se autoriza a la ejecución del trabajo, bajo una supervisión permanente.</p> |  |                       |                                                                                                             |               |  |                                                                       |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                       |                                                                                                             |               |  |                                                                       |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | NOMBRE Y APELLIDO     |                                                                                                             | CEDULA        |  | FIRMA DE APERTURA                                                     |  | FIRMA DE CIERRE |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| RESIDENTE DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Duvan Danilo Reyes F. |                                                                                                             | 1002461522    |  |                                                                       |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| LIDER DE OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Hermes Jover Pedraza  |                                                                                                             | 91396939      |  |                                                                       |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |
| SST OBRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Karen Viviana Giron   |                                                                                                             | 1.059.604.023 |  |                                                                       |  |                 |     |  |  |                                                                                  |  |  |     |  |  |    |  |  |     |  |  |