

	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 12	CÓDIGO:	IM 01
		VERSION:	0
		FECHA:	21/07/2025
		Página 1 de 40	

**INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 12
PERIODO DEL 21 DE JUNIO DE 2026 AL 20 DE JULIO DE 2026**

UNIÓN TEMPORAL SAN DIEGO 2026

NIT: 901.957.338-1



CONTRATO DE OBRA No. 1381 DE 2025

Realizar la adecuación y/o construcción de obras complementarias requeridas para fortalecer el Sistema, mejorar la experiencia del usuario y renovar sus condiciones físicas, las cuales se realizarán sobre la infraestructura del componente BRT del sistema de transporte masivo de la ciudad de Bogotá D.C., que se encuentran a cargo de la Empresa de Transporte del Tercer Milenio -TRANSMILENIO S.A.

BOGOTÁ D.C. 2026

	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 12	CÓDIGO:	IM 01
		VERSION:	0
		FECHA:	21/07/2025
		Página 2 de 40	

TABLA DE CONTENIDO

1 INFORMACIÓN LEGAL DEL CONTRATO	7
1.1 Datos Generales, Fecha de suscripción y Legalización	7
1.2 Valor del contrato	8
1.3 Garantías	8
2 INTRODUCCIÓN	9
3 OBJETIVOS	10
3.1 Objetivo General	10
3.2 Objetivos Específicos	10
4 ALCANCE	11
5 DESCRIPCIÓN GENERAL DE LAS ACTIVIDADES.....	12
6 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS.....	14
7 AVANCES DEL PLAN DE TRABAJO.....	15
8 RELACIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO OCURRIDOS EN EL MES DE ENERO.....	16
9 RELACIÓN DE TRABAJOS REALIZADO EN ALTURA.....	17
10 RELACIÓN DEL PERSONAL QUE HA RECIBIDO INDUCCIÓN Y CHARLA DE SEGURIDAD	18
10.1 Listado Del Personal Que Ha Recibido Charlas Y Capacitaciones En Seguridad Y Salud En El Trabajo.....	19
11 AFECTACIÓN A LOS USUARIOS POR EVENTOS QUE INCLUYAN ASPECTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	21
12 RESULTADO DE INSPECCIONES	21
12.1 Registro fotográfico	22
13 RELACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN Y SEGUIMIENTO MENSUAL	27
14 CONCLUSIÓN	28
15 ANEXOS	29
Anexo 15.1 Divulgación de oportunidad de mejora en accidente de tránsito en vía de Transmilenio	29
Anexo 15.2 Reunión del COPASST	30
Anexo 15.3 Reunión del COCOL.....	31
Anexo 15.4 Documentación sst (ATS, preoperacionales, permisos, inspecciones, asistencias)	32

	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 12	CÓDIGO:	IM 01
		VERSION:	0
		FECHA:	21/07/2025
		Página 3 de 40	

Anexo 15.5 Acta de accidentabilidad junio- julio	33
Anexo 15.6 Exámenes médicos	35
Anexo 15.7 Competencias, certificados de altura	37
Anexo 15.8 Planillas de seguridad unión temporal san diego	38
Anexo 15.9 Listado activo del personal	39

	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 12	CÓDIGO:	IM 01
		VERSIÓN:	0
		FECHA:	21/07/2025
		Página 4 de 40	

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. TRONCALES ASIGNADAS A LOTE 2	5
Tabla 2. DATOS GENERALES	6
Tabla 3. VALOR DEL CONTRATO	7
Tabla 4. GARANTÍAS DEL CONTRATO	7
Tabla 5. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LAS ACTIVIDADES	11
Tabla 6. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR ESTACIÓN	11
Tabla 7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS	12
Tabla 8. AVANCE DEL PLAN DE TRABAJO	13
Tabla 9. RELACIÓN DE ACCIDENTABILIDAD	14
Tabla 10. RELACIÓN DE TRABAJOS EN ALTURA	15
Tabla 11. RELACIÓN DE CHARLAS REALIZADAS EN EL PERIODO	16
Tabla 12. LISTADO DEL PERSONAL	17
TABLA 13. AFECTACIONES A LOS USUARIOS POR EVENTOS QUE INCLUYAN ASPECTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	19
TABLA 14. INDICADORES DE GESTIÓN Y SEGUIMIENTO MENSUAL	26

CONTENIDO ILUSTRACIONES

Ilustración 1. MAPA TRONCALES LOTE 2	05
--	----

	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 12	CÓDIGO:	IM 01
		VERSIÓN:	0
		FECHA:	21/07/2025
		Página 5 de 40	

LISTA DE DISTRIBUCIÓN

DESTINATARIO	NO. COPIAS
Interventoría	1
Transmilenio	1

ÍNDICE DE MODIFICACIONES

REVISIÓN	FECHA	ACTUALIZACIÓN
1	20/07/2026	Primera versión entregada a interventoría

TABLA DE CONTROL

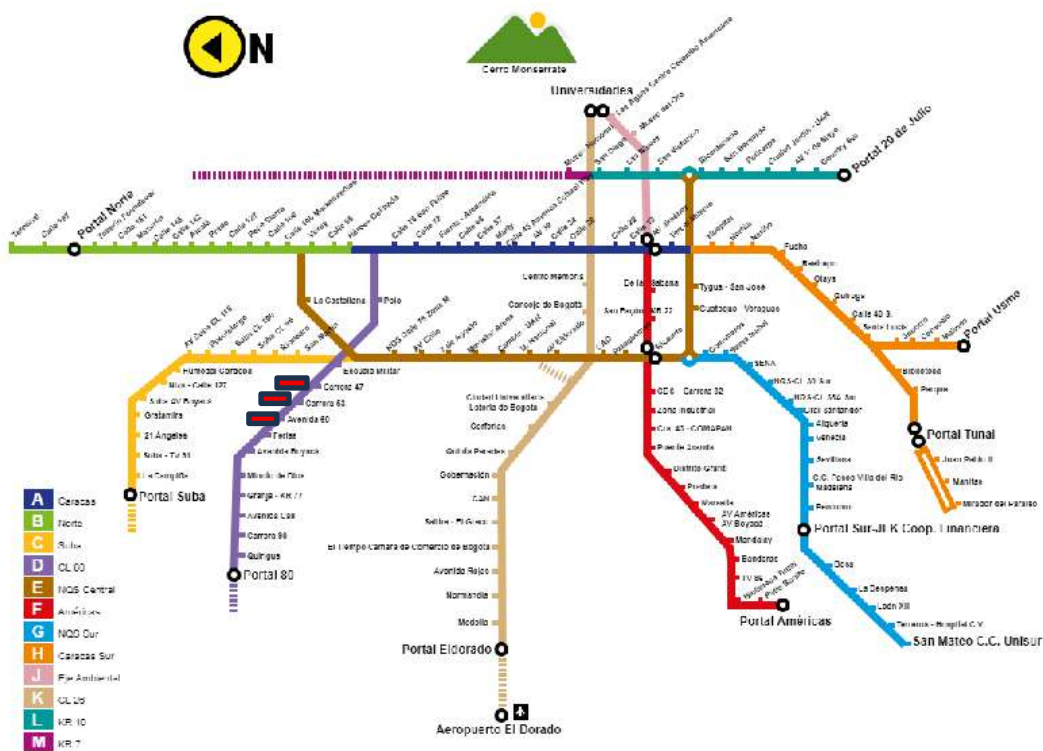
	NOMBRE	CARGO	FIRMA
ELABORO	Alejandra Pinto	Ingeniera de Calidad y STT	
Vo.Bo	Oscar Ciendua	Ingeniero de calidad y SST	

	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 12	CÓDIGO:	IM 01
		VERSION:	0
		FECHA:	21/07/2025
		Página 6 de 40	

Tabla 1. TRONCALES ASIGNADAS A LOTE 2

LOTE	TRONCAL
2	CALLE 80
	SUBA
	CARACAS
	CARACAS SUR
	NQS CENTRAL (INCLUYE ESTACIONES CALLE SEXTA)
	EJE AMBIENTAL

Ilustración 1. MAPA TRONCALES LOTE 2



Fuente: <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/movilidad/mapa-interactivo-de-transmilenio-rutas-y-estaciones-del-sistema>

	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 12	CÓDIGO:	IM 01
		VERSIÓN:	0
		FECHA:	21/07/2025
		Página 7 de 40	

1 INFORMACIÓN LEGAL DEL CONTRATO

1.1 Datos Generales, Fecha de suscripción y Legalización

Tabla 2. DATOS GENERALES

DESCRIPCIÓN	CONTRATISTA		INTERVENTORÍA	
No. CONTRATO	1381-2025		1369-2025	
OBJETO	Realizar la adecuación y/o construcción de obras complementarias requeridas para fortalecer el Sistema, mejorar la experiencia del usuario y renovar sus condiciones físicas, las cuales se realizarán sobre la infraestructura del componente BRT del sistema de transporte masivo de la ciudad de Bogotá D.C., que se encuentran a cargo de la Empresa de Transporte del Tercer Milenio -TRANSMILENIO S.A. Lote 2		realizar la interventoría integral (técnica, administrativa y financiera) de los contratos resultantes de la respectiva licitación (lote 1 y lote 2), cuyo objeto es: realizar la adecuación y/o construcción de obras complementarias requeridas para fortalecer el sistema, mejorar la experiencia del usuario y renovar sus condiciones físicas, las cuales se realizarán sobre la infraestructura del componente brt del sistema de transporte masivo de la ciudad de bogotá d.c., que se encuentran a cargo de la empresa de transporte del tercer milenio - transmilenio s.a.	
PARTICIPACIÓN CONTRACTUAL	UNION TEMPORAL SAN DIEGO 2026	% PARTICIPACIÓN	CONSORCIO ALIANZA XXI	% PARTICIPACIÓN
	G63 INFRAESTRUCTURA SERVICIOS SAS	80%	DAIMCO S.A.S	99,90%
	ICFANS.A.S	20%	DIBENEM S.A.S	0,10%
FECHA DE INICIO	21 DE JULIO 2025		21 DE JULIO 2025	
FECHA DE TERMINACIÓN	20 DE OCTUBRE 2026		20 DE OCTUBRE 2026	
TIEMPO DE EJECUCIÓN	15 MESES		15 MESES	

Fuente: Unión Temporal San Diego 2026, 2026

	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 12	CÓDIGO:	IM 01
		VERSIÓN:	0
		FECHA:	21/07/2025
		Página 8 de 40	

1.1 Valor del contrato

Tabla 3. VALOR DEL CONTRATO

UNIONTEMPORAL SANDIEGO 2026	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 13.750.000.000
ADICION 50%	\$ 6.672.853.445
VALOR DEL CONTRATO	\$ 20.422.853.445

Fuente: Unión Temporal San Diego 2026, 2026

1.2 Garantías

Tabla 4. GARANTÍAS DEL CONTRATO

COMPAÑÍA DE SEGUROS	No DE PÓLIZA	DESCRIPCIÓN	AMPARO	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO
				DESDE	HASTA	
SEGUROS MUNDIAL	NB-100391857	GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO	CUMPLIMIENTO	11/11/2025	20/04/2027	\$ 6.126.856.033.50
			PRESTACIONES SOCIALES	11/11/2025	20/10/2029	\$ 2.042.285.344.50
			ESTABILIDAD DE OBRA	20/10/2026	20/10/2031	\$ 6.126.856.033.50
	NB-100102243	RESPONSABILIDAD CIVIL	AMPARO	21/07/2025	20/10/2026	\$ 1.021.142.672.25
			PATRONAL	21/07/2025	20/10/2026	\$ 1.021.142.672.25
			CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS	21/07/2025	20/10/2026	\$ 1.021.142.672.25
			VEHÍCULOS PROPIOS U NO PROPIOS	21/07/2025	20/10/2026	\$ 1.021.142.672.25

Fuente: Unión Temporal San Diego 2026, 2026

	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 12	CÓDIGO:	IM 01
		VERSIÓN:	0
		FECHA:	21/07/2025
		Página 9 de 40	

2 INTRODUCCIÓN

De acuerdo con lo dispuesto en el Sistema Integrado de Gestión de la UNIÓN TEMPORAL SAN DIEGO 2026, y en cumplimiento de la normativa legal vigente en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo, en especial el Decreto 1072 de 2015, “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo” – Capítulo 6 “Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo”, la Resolución 0312 de 2019, “Por la cual se establecen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo”, así como demás disposiciones relacionadas, se presenta el siguiente informe.

Este documento integra la gestión adelantada en Seguridad y Salud en el Trabajo durante la ejecución de las actividades desarrolladas por la UNIÓN TEMPORAL SAN DIEGO 2026, con el propósito de promover la prevención de accidentes, incidentes laborales y enfermedades de origen profesional, así como salvaguardar la seguridad, salud y bienestar de todo el personal operativo, administrativo y contratista vinculado al proyecto. El presente informe se formula de conformidad con lo establecido en el Anexo N.º 2 – Seguridad y Salud en el Trabajo, el cual define la normatividad, lineamientos y requisitos aplicables para los contratistas de TRANSMILENIO S.A. Para su adecuada interpretación deben considerarse las definiciones, especificaciones y condiciones allí señaladas, así como lo estipulado en los demás documentos que hacen parte del proceso.

	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 12	CÓDIGO:	IM 01
		VERSIÓN:	0
		FECHA:	21/07/2025
		Página 10 de 40	

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Presentar de manera clara y detallada las actividades ejecutadas en el marco del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo durante el mes, con el fin de evidenciar los avances, el cumplimiento de la normatividad y el compromiso de la organización con la protección, bienestar y salud de sus colaboradores.

3.2 Objetivos Específicos

- Describir las actividades desarrolladas en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo durante el mes en curso.
- Evidenciar el cumplimiento de los programas, planes e indicadores establecidos en el Sistema de Gestión de SST.
- Identificar las oportunidades de mejora y acciones preventivas implementadas para la reducción de riesgos laborales.
- Informar los resultados de capacitaciones, inspecciones, entregas de elementos de protección personal y demás actividades de control y seguimientos.
- Contribuir al fortalecimiento de la cultura preventiva y de autocuidado entre todos los trabajadores.

	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 12	CÓDIGO:	IM 01
		VERSION:	0
		FECHA:	21/07/2025
		Página 11 de 40	

4 ALCANCE

La Unión Temporal San Diego deberá dar cumplimiento a lo establecido en el Anexo 2 de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), asegurando que todas las actividades desarrolladas en los frentes de obra se ejecuten bajo condiciones seguras y controladas. Para ello, el contratista implementará medidas de prevención, protección colectiva e individual, así como programas de capacitación y vigilancia en SST, garantizando la aplicación de la normativa legal vigente.

El equipo profesional realizará inspecciones de manera permanente, dejando evidencia documental y fotográfica que permita verificar el cumplimiento de los estándares de seguridad, la identificación de riesgos y la eficacia de las acciones implementadas durante la ejecución de cada actividad.

	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 12	CÓDIGO:	IM 01
		VERSION:	0
		FECHA:	21/07/2025
		Página 12 de 40	

5 DESCRIPCIÓN GENERAL DE LAS ACTIVIDADES

Durante el periodo comprendido del 21 de junio de 2026 al 20 de julio del 2026, los contratistas realizaron las actividades de adecuación de obras complementarias sobre algunas estaciones del componente BRT del sistema de transporte masivo de la ciudad de Bogotá D.C, las cuales se describen a continuación:

Tabla 5. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LAS ACTIVIDADES

ITEM	DESCRIPCIÓN	MET
01	Desmante, suministro e instalación de cubierta en estaciones	OBC-02

Fuente: Unión Temporal San Diego 2026, 2026

	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 12	CÓDIGO:	IM 01
		VERSION:	0
		FECHA:	21/07/2025
		Página 13 de 40	

Tabla 6. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR ESTACIÓN

DESCRIPCIÓN GENERAL			
NÚMERO DE CONTRATO		1381-2025	
OBJETO DEL CONTRATO		Realizar la adecuación y/o construcción de obras complementarias requeridas para fortalecer el Sistema, mejorar la experiencia del usuario y renovar sus condiciones físicas, las cuales se realizarán sobre la infraestructura del componente BRT del sistema de transporte masivo de la ciudad de Bogotá D.C., que se encuentran a cargo de la Empresa de Transporte del Tercer Milenio -TRANSMILENIO S. A	
ÍTEMS	Estación	Descripción	Observación
OBC-02	Av. 68	Desmonte, suministro e instalación de cubierta en estaciones	Orden ejecutada
OBC-02	Carrera 53	Desmonte, suministro e instalación de cubierta en estaciones.	Orden ejecutada
OBC-02	Carrera 47	Desmonte, suministro e instalación de cubierta en estaciones	Orden ejecutada

Fuente: Unión Temporal San Diego 2026, 2026

	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 12	CÓDIGO:	IM 01
		VERSION:	0
		FECHA:	21/07/2025
		Página 14 de 40	

6 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS

Para el periodo comprendido del 21 de junio de 2026 al 20 de julio del 2026, se programaron las siguientes actividades por parte de la empresa UNION TEMPORAL SAN DIEGO 2026.

Tabla 7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	EJECUTADAS
1	Divulgación de oportunidad de mejora en accidente de tránsito en vía de Transmilenio (Ver anexo 15.1)	SI
2	Reunión del COPASST (Ver anexo 15.2)	SI
3	Reunión del COCOL (Ver anexo 15.3)	SI
4	Diligenciamiento de documentación de seguridad y salud en el trabajo (ATS, permisos, preoperacionales, inspecciones) (Ver anexo 15.4)	SI
5	Acta de accidentabilidad Junio-Julio (Ver anexo 15.5)	SI
6	Exámenes médicos (Ver anexo 15.6)	SI
7	Competencias, certificados de altura (Ver anexo 15.7)	SI
8	Planillas de seguridad de unión temporal san diego (Ver anexo 15.8)	SI
9	Listado activo del personal (Ver anexo 15.9)	SI

Fuente: Unión Temporal San Diego 2026, 2026

	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 12	CÓDIGO:	IM 01
		VERSION:	0
		FECHA:	21/07/2025
		Página 15 de 40	

7 AVANCES DEL PLAN DE TRABAJO

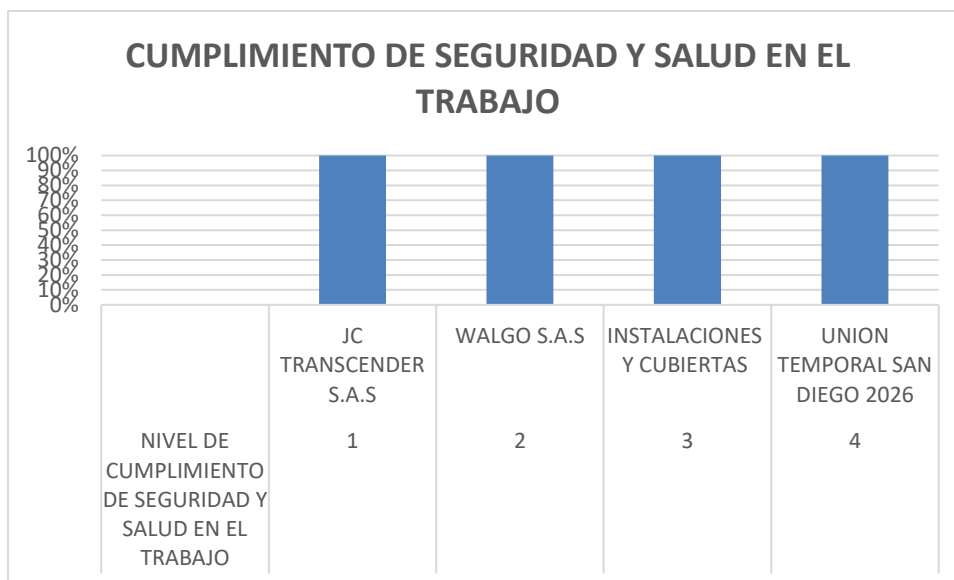
En la revisión del Plan de Trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Unión Temporal San Diego 2026, se evidencia el cumplimiento de las actividades programadas durante el periodo, relacionadas con las capacitaciones, las inspecciones de Seguridad y Salud en el Trabajo, así como la gestión realizada por los inspectores de Calidad y de Seguridad y Salud en el Trabajo en las inspecciones operativas desarrolladas en las instalaciones intervenidas.

Estas actividades han permitido verificar el uso correcto de los elementos de protección personal, la adecuada dotación de trabajo, la correcta señalización de las áreas, la delimitación de las zonas de labor y el uso apropiado de las herramientas y equipos asignados, garantizando así el cumplimiento de los estándares de seguridad y salud ocupacional establecidos en el Sistema de Gestión.

Tabla 8. AVANCE DEL PLAN DE TRABAJO

NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
1	JC TRANSCENDER S.A.S	100%
2	WALGO S.A.S	100%
3	INSTALACIONES Y CUBIERTAS	100%
4	UNION TEMPORAL SAN DIEGO 2026	100%

Fuente: Unión Temporal San Diego 2026, 2026.



	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No.12	CÓDIGO:	IM 01
		VERSION:	0
		FECHA:	21/07/2025
		Página 16 de 40	

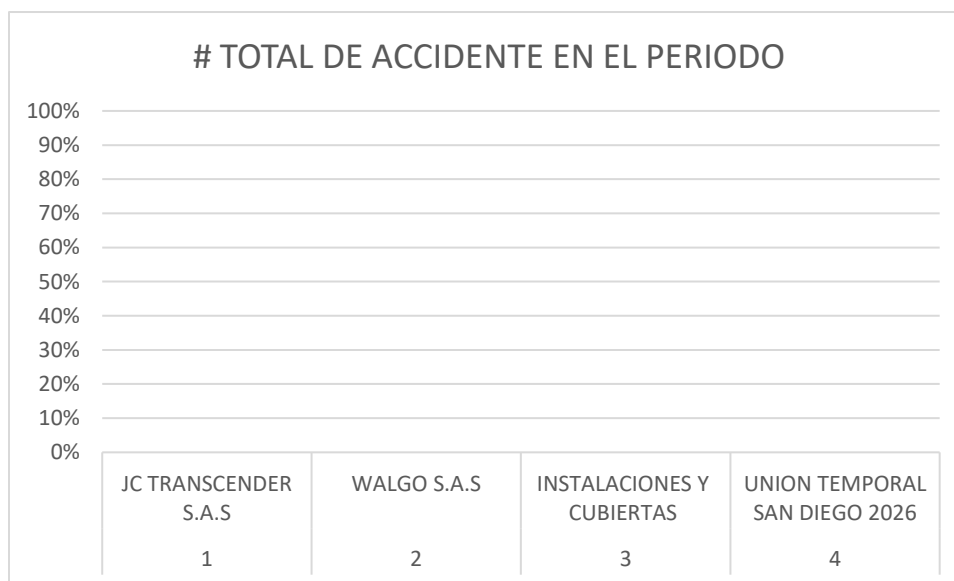
8 RELACIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO OCURRIDOS EN EL MES DE JUNIO Y JULIO

En el periodo no se presentaron accidentes de trabajo relacionadas con las contratistas o unión temporal san diego.

Tabla 9. RELACIÓN DE ACCIDENTABILIDAD

ITEM	EMPRESAS	# TOTAL DE ACCIDENTE EN EL PERIODO
1	JC TRANSCENDER S.A.S	0
2	WALGO S.A.S	0
3	INSTALACIONES Y CUBIERTAS	0
4	UNION TEMPORAL SAN DIEGO 2026	0

Fuente: Unión Temporal San Diego 2026, 2026



	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 12	CÓDIGO:	IM 01
		VERSION:	0
		FECHA:	21/07/2025
		Página 17 de 40	

9 RELACIÓN DE TRABAJOS REALIZADO EN ALTURA

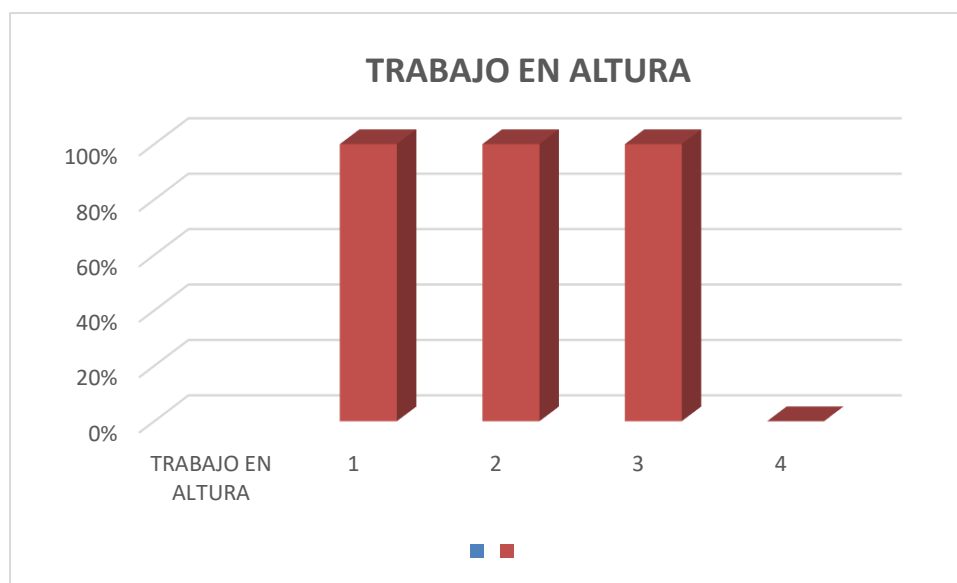
En el periodo del 21 de junio al 20 de julio la Unión Temporal san diego realizo trabajo en altura en las siguientes estaciones, avenida 68, carrera 47 y carrera 53 realizando las siguientes actividades.

- Desmante, suministro e instalación de cubiertas en estaciones

TRABAJO EN ALTURA

TRABAJO EN ALTURA		
1	JC TRANSCENDER S.A.S	100%
2	WALGO S.A.S	100%
3	INSTALACIONES Y CUBIERTAS	100%
4	UNION TEMPORAL SAN DIEGO 2026	0%

Fuente: Unión Temporal San Diego 2026, 2026



	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 12	CÓDIGO:	IM 01
		VERSION:	0
		FECHA:	21/07/2025
		Página 18 de 40	

10 RELACIÓN DEL PERSONAL QUE HA RECIBIDO INDUCCIÓN Y CHARLA DE SEGURIDAD

En el periodo se realizaron las siguientes capacitaciones y charlas de seguridad industrial por medio de UNION TEMPORAL SAN DIEGO 2026

Tabla 11. RELACIÓN DE CHARLAS REALIZADAS EN EL PERIODO

ITEM	FECHA	CHARLAS	INTENSIDAD HORARIA
1	21/06/2026	Orden y almacenamiento seguro de materiales en obra	10 mt
2	22/06/2026	Importancia del autocuidado en el trabajo	10 mt
3	23/06/2026	Prevención de accidentes por distracciones laborales	10 mt
4	24/06/2026	Inspección preoperacional de equipos y herramientas	10 mt
5	26/06/2026	<i>Trabajo en equipo y cultura de seguridad</i>	10 mt
6	27/06/2026	Uso seguro de herramientas	10 mt
7	28/06/2026	Metodología 5S (orden y aseo)	10 mt
8	01/07/2026	Prevención de caídas al mismo nivel	10 mt
9	02/07/2026	Señalización y demarcación	10 mt
10	03/07/2026	Permisos de trabajo seguro (PTS)	10 mt
11	04/07/2026	Enfermedades laborales	10 mt
12	05/07/2026	Manejo del estrés laboral	10 mt
13	06/07/2026	Prevención de la fatiga	10 mt
14	07/07/2026	Ergonomía e higiene postural	10 mt
15	08/07/2026	Salud visual en el trabajo	10 mt

	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 12	CÓDIGO:	IM 01
		VERSION:	0
		FECHA:	21/07/2025
		Página 19 de 40	

16	09/07/2026	Uso adecuado de elementos de protección personal (EPP)	10 mt
17	10/07/2026	Primeros auxilios básicos	10 mt
18	11/07/2026	Manejo de sustancias químicas	10 mt
19	12/07/2026	Prevención de incendios y uso correcto de extintores	10 mt
20	13/07/2026	Trabajo en espacios confinados: riesgos y controles	10 mt
21	14/07/2026	Seguridad vial y desplazamientos laborales seguros	10 mt
22	15/07/2026	Comunicación efectiva y reporte de incidentes y accidentes de trabajo	10 mt
23	16/07/2026	Prevención de distracciones laborales	10 mt
24	17/07/2026	Inspección de herramientas y equipos	10 mt
25	18/07/2026	Cultura de seguridad y trabajo en equipo	10 mt
26	19/07/2026	Identificación de peligros y valoración de riesgos	10 mt
27	20/07/2026	Actos y condiciones subestándar	10 mt

Fuente: Unión Temporal San Diego 2026, 2026

	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 12	CÓDIGO:	IM 01
		VERSION:	0
		FECHA:	21/07/2025
		Página 20 de 40	

10.1 Listado del personal que ha recibido charlas y capacitaciones en seguridad y salud en el trabajo

Tabla 13. LISTADO DEL PERSONAL

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
ALEJANDRA PINTO	1065134004	ING SST
CESAR PATARROYO	80904412	ARQUITECTO RESIDENTE
LUIS ALBERTO REY	11188374	ALMACENISTA
ALEJANDRO PERDOMO	1010222519	INSPECTOR DE OBRA
JESSICA CORTES	1121959926	INSPECTOR AMBIENTAL
FREDDYHINESTROZA	79618420	INGENIERO RESIDENTE
TANIA CONTRERAS SANDOVAL	11936435711	INSPECTOR AMBIENTAL
PABLO FLOREZ FONSECA	1031173144	INSPECTOR DE OBRA
MICHEL CASTRO RODRIGUEZ	1000049135	INSPECTOR SST
JESUS LUGO ORTEGA	4610299	OFICIAL
FREDDY CARDONA ALDANA	79189418	GERENTE
MIGUEL CABALLO PADILLA	7158861	AUXILIAR
HENRY SANABRIA RODRIGUEZ	1019052318	AUXILIAR
FABIAN SABOGAL TIQUE	14041512	ING RESIDENTE
CARLOS MALDONADO GONZALEZ	1724304	AUXILIAR
TONY DAVIAN MORELO PENATA	1070816323	AUXILIAR
JARAMILLO ORTEGA BRIAN DANIEL	1012400501	AUXILIAR
BRAYAN HERRERA RODRIGUEZ	1016042184	GERENTE
ALBERTO MONTENEGRO PERILLA	10144234815	SOLDADOR
YEFERSON FABIAN RAMIREZ	1098686035	AYUDANTE
JONATHAN SANCHEZ AYALA	1000459462	AYUDANTE
EDISON CALDERA AVILES	80197344	PINTOR
MIGUEL BEJARANO CASTILLO	1007662118	SOLDADOR
BRAYAN SANCHEZ GUEVARA	1016149318	AUXILIAR
JONATAN MORENO RODRÍGUEZ	107313033	SOLDADOR
VICTOR LUGO ARTEAGA	4778287	PINTOR
OTONIEL MUÑOZ HURTADO	86002838	PINTOR

	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 12	CÓDIGO:	IM 01
		VERSION:	0
		FECHA:	21/07/2025
		Página 21 de 40	

NELSON GUERRA MARTINEZ	2957480	MAESTRO
EDISON PINEDA URREGO	3276480	COORDINADOR
JEYSON BERMÚDEZ GARZON	1122648507	AYUDANTE
JORGE MONTENEGRO PERILLA	1014234815	SOLDADOR
JUAN PULIDO CHITIVA	1126518820	SOLDADOR
CASAS CASAS JOSE	79595344	GERENTE
NELSON GUERRA MARTINEZ	2957480	OPERARIO
YILMER CASAS PINEDA	1007354653	COORDINADOR
CARDENAS JIMENEZ JOSE	1033611872	SOLDADOR
QUIROZ BARRIO GUALBERTO	92189954	AUXILIAR
DURAN SALAS MICHAEL	1045693181	AUXILIAR
RAMIREZ GOMEZ YEFERSON	1098686035	AUXILIAR

Fuente: Unión Temporal San Diego 2026, 2026

	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 12	CÓDIGO:	IM 01
		VERSION:	0
		FECHA:	21/07/2025
		Página 22 de 40	

11 AFECTACIÓN A LOS USUARIOS POR EVENTOS QUE INCLUYAN ASPECTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

En el periodo no se presentaron afectaciones a los usuarios por eventos que incluyan aspectos de seguridad y salud en el trabajo.

TABLA 14. AFECTACIONES A LOS USUARIOS POR EVENTOS QUE INCLUYAN ASPECTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ITEM	EMPRESAS	AFECTACIONES POR EMPRESAS
1	JC TRANSCENDER S.A.S	0
2	WALGO S.A.S	0
3	INSTALACIONES Y CUBIERTAS	0
4	UNION TEMPORAL SAN DIEGO 2026	0

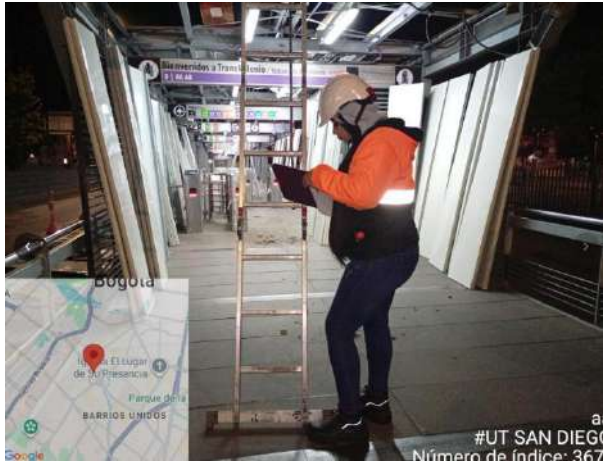
Fuente: Unión Temporal San Diego 2026, 2026

12 RESULTADO DE INSPECCIONES

A continuación, se relaciona los aspectos relevantes de las inspecciones realizadas por UNION TEMPORAL SAN DIEGO 2026.

	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 12	CÓDIGO:	IM 01
		VERSION:	0
		FECHA:	21/07/2025
		Página 23 DE 40	

12.1 Registro fotográfico

FECHA	TEMA	EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS
22/06/2026	Inspección de escalera	
22/06/2026	Inspección de extintor	
22/06/2026	Inspección de eslinga	

<div></div>	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 12		<div><div>CÓDIGO:</div><div>IM 01</div></div> <div><div>VERSION:</div><div>0</div></div> <div><div>FECHA:</div><div>21/07/2025</div></div> <div><div>Página 24 de 40</div></div>
22/06/2026	Inspección de arnés	<div></div>	
22/06/2026	Inspección de botiquín	<div><div></div><div></div></div>	
22/06/2026	Verificación uso de mascarilla	<div></div>	

	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 12	CÓDIGO:	IM 01
		VERSION:	0
		FECHA:	21/07/2025
		Página 25 de 40	

23/06/2026	Verificación de extintor	 <p>168° S Teusaquillo Bogotá Altitud: 2586.0msnm Velocidad: 0.0km/h #UT SAN DIEGO Número de índice: 2655</p>
23/06/2026	Inspección de plantas electricas	 <p>Bogotá #UT SAN DIEGO Número de índice: 361</p>
23/06/2026	Inspección de clavijas en las plantas	 <p>#N 42 Avenida Calle 80 Bogotá, 111211 Colombia #UT SAN DIEGO Número de índice: 3648</p>

	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 12	CÓDIGO:	IM 01
		VERSION:	0
		FECHA:	21/07/2025
		Página 26 de 40	

23/06/2026	Inspección equipo de soldar	
23/06/2026	Verificación de uso de andamio seguro	
23/06/2026	Verificación en líneas de vidas	

	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 12	CÓDIGO:	IM 01
		VERSION:	0
		FECHA:	21/07/2025
		Página 27 de 40	

25/06/2026	Verificación de equipos de emergencias en campo	
25/06/2026	Señalización en campo	
25/06/2026	Inspección de cubrimiento de pisos	

	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No.12	CÓDIGO:	IM 01
		VERSION:	0
		FECHA:	21/07/2025
		Página 28 de 40	

En el periodo del 21 de junio al 20 de julio, correspondiente al informe 12, se efectuaron inspecciones de seguridad a áreas de trabajo, botiquines, epp, extintores, herramientas, talador, pulidoras, equipos de soldar vehículos, equipos de altura y demás herramientas de las cuales se adjuntan evidencias y formatos.

13 RELACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN Y SEGUIMIENTO MENSUAL

Durante el periodo correspondiente, se realizó el análisis de los indicadores de gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, obteniendo los siguientes resultados:

TABLA 15. INDICADORES DE GESTIÓN Y SEGUIMIENTO MENSUAL

Datos			Prevalencia EL	Proporción de AM	2025-2026		
Mes	Ausentismo causas	Índices enfermedades laborales			IF	IS	I.LI
AGO	0	0	0	0	0	0	0
SEP	0	0	0	0	0	0	0
OCT	25,80%	0	0	0	1250	10000	12500
NOV	0	0	0	0	0	0	0
DIC	0	0	0	0	0	0	0
ENE	0	0	0	0	0	0	0
FEB	0	0	0	0	0	0	0
MAR	16.67%	0	0	0	1250	6250	7812.5
ABRI	0	0	0	0	0	0	0
MAY	0	0	0	0	0	0	0
JUN	0	0	0	0	0	0	0
JUL	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Unión Temporal San Diego 2026, 2026

- Índice de Frecuencia:0
- Índice de Severidad: 0
- Índice de lesiones incapacitantes:0
- Proporción de Accidentes Mortales: 0
- Prevalencia de Enfermedad Laboral: 0
- Incidencia de Enfermedad Laboral: 0
- Ausentismo por causa médica: 0

Según los resultados no se presentaron accidentes de trabajo en este periodo.

	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 12	CÓDIGO:	IM 01
		VERSION:	0
		FECHA:	21/07/2025
		Página 29 de 40	

14 CONCLUSIÓN

- Durante el mes evaluado no se presentaron accidente de trabajo, ni registro de incidentes ni enfermedades laborales. No se reportaron casos de ausentismo por causa médica. se logró mantener control y seguimiento oportuno, garantizando la estabilidad de los indicadores de gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, los cuales permanecen en cero (0) para los aspectos evaluados.
- No se registraron afectaciones a los trabajadores ni a los usuarios por eventos relacionados con la seguridad y salud en el trabajo, lo cual refleja un adecuado control de los riesgos laborales y la correcta aplicación de las medidas preventivas establecidas en el Sistema de Gestión de SST.
- La participación activa de los trabajadores en las actividades de prevención y el cumplimiento de los lineamientos de seguridad han contribuido a la consolidación de una cultura de autocuidado y responsabilidad compartida.
- Se destaca el compromiso de la organización con la implementación y seguimiento de las estrategias de SST, lo que fortalece la seguridad, bienestar y productividad de todo el personal.
- Mantener las medidas preventivas y reforzar las actividades de capacitación, inspección y sensibilización para asegurar la mejora continua del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No.12	CÓDIGO:	IM 01
		VERSION:	0
		FECHA:	21/07/2025
		Página 30 de 40	

15 ANEXOS

- 15.1 Divulgación de oportunidad de mejora en accidente de transito en vía de Transmilenio
- 15.2 Reunión del COPASST
- 15.3 Reunión del COCOL
- 15.4 Documentación sst (ATS, preoperacionales, permisos, inspecciones, asistencias)
- 15.5 Acta de accidentabilidad junio-julio
- 15.6 Exámenes médicos
- 15.7 Competencias, certificados de altura
- 15.8 Planillas de seguridad de unión temporal san diego
- 15.9 Listado activo del personal

	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 12	CÓDIGO:	IM 01
		VERSIÓN:	0
		FECHA:	21/07/2025
		Página 31 de 40	

Anexo 15.1 Divulgación de oportunidad de mejora en accidente de tránsito en vía de Transmilenio

 UT SAN DIEGO 2020 <small>MIT: 901.937.338.1</small>	FORMATO ASISTENCIA A CAPACITACIÓN E INDUCCIÓN	Código: FT-SST-009
		Versión: 001
	UNIÓN TEMPORAL SAN DIEGO 2020	FECHA: 22/7/2025

Página 1 de 1

A. INFORMACIÓN GENERAL			
LUGAR O PROYECTO: MINUTO DE DIOS ESTACIÓN		FECHA: 26/06/2020 Duración: 15 min	
ACTIVIDAD: Capacitación () Inducción () Seminario () Entrenamiento () Charla (X) Otro ()			
TEMA: OPORTUNIDAD DE MEJORA			
RESPONSABLE: Mitchell Jasso		CARGO: IA. SST.	
DIRIGIDO A: JC TRANSCENDER.			

B. PARTICIPANTES			
No	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	David David Fiallo	Auxiliar	[Firma]
2	Roberto Fiallo	Auxiliar	[Firma]
3	Alfredo Suarez	Apical	[Firma]
4	Samuel Gual	Auxiliar	[Firma]
5	Jaratan Moreno	Auxiliar	107 Jaratan
6	Jan Pulido	Soldador	Jan Pulido
7	Edison Alfonso	Soldador	[Firma]
8	Fernando Casalla	Auxiliar	[Firma]
9	Edinson Pineda	Combinador	[Firma]
10	Ornel Munoz	Pintor	[Firma]
11	Victor Lugo	pinter	Victor Lugo
12	Jesús Lugo	pinter	[Firma]
13	Gilberto Cuervo	Auxiliar	Gilberto
14	Gilber Vargas	Auxiliar	Gilber Vargas
15			
16			
17			
18			
19			
20			

	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 12	CÓDIGO:	IM 01
		VERSIÓN:	0
		FECHA:	21/07/2025
		Página 32 de 40	

Anexo 15.2 Reunión del COPASST

 UT SAN DIEGO 2026 NIT: 901.957.338-1	ACTA REUNIÓN COPASST		VERSIÓN 01
	GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		CÓDIGO ACSST-006
			Fecha: 24/07/2025

CARTA REUNIÓN DEL COPASST

Bogotá D.C 06 de julio 2026

Señores(as):

Integrantes del Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo Unión Temporal San Diego 2026

1. ASISTENTES

De acuerdo con el acta de conformación del comité, participaron en la reunión los siguientes integrantes:

Nombre Completo	Cargo / Representación
Freddy Hinestroza	Presidente
César Patarrollo	Secretario
Alejandra Pinto	Principal
Jessica Cortez	Principal

2. ORDEN DEL DÍA

1. Verificación del quórum.
2. Lectura y aprobación del acta correspondiente al mes de junio de 2026.
3. Seguimiento a los compromisos establecidos en la reunión anterior.
4. Revisión de las condiciones de seguridad correspondientes al mes de julio de 2026.
5. Resultados de las inspecciones de seguridad realizadas durante el periodo.
6. Identificación de peligros y factores de riesgo.
7. Definición de acciones preventivas y correctivas.
8. Propositiones y varios.
9. Cierre de la reunión.

3. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Se dio inicio a la reunión verificando el quórum reglamentario, constatando la asistencia de los integrantes del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo, por lo que se declaró instalada y válida la sesión.

El secretario realizó la lectura del acta correspondiente al mes de junio de 2026, la cual fue aprobada por unanimidad sin observaciones.

Posteriormente, se efectuó el seguimiento a los compromisos adquiridos en la reunión anterior, evidenciando el cumplimiento de las inspecciones programadas, el fortalecimiento de las capacitaciones en prevención de riesgos laborales, el seguimiento al uso adecuado de los elementos de protección personal (EPP) y la verificación permanente de la señalización instalada en los diferentes frentes de trabajo.

Durante el mes de julio se realizaron inspecciones de seguridad en las estaciones y áreas intervenidas por la Unión Temporal San Diego 2026, observándose cumplimiento en el uso de los EPP, mejoras en el orden y aseo de las áreas de trabajo y una mayor participación del personal en el reporte de actos y condiciones inseguras.

4. SEGUIMIENTO A ACCIONES CORRECTIVAS

El comité verificó las siguientes acciones implementadas durante el periodo:

- Cumplimiento de las inspecciones de seguridad programadas.
- Seguimiento al estado de herramientas, equipos y elementos de protección colectiva.
- Verificación del uso adecuado de los elementos de protección personal.
- Revisión del estado de la señalización preventiva en los diferentes frentes de trabajo.
- Continuidad de las charlas de cinco minutos enfocadas en autocuidado y prevención de accidentes.

Se concluye que las acciones implementadas continúan fortaleciendo la cultura preventiva y el cumplimiento de las medidas establecidas dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

5. CONDICIONES Y FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS

Durante las inspecciones realizadas en julio de 2026 se identificaron los siguientes aspectos para seguimiento:

- Mantener despejadas las zonas de circulación para evitar riesgos de caídas al mismo nivel.
- Reforzar la inspección de herramientas manuales y eléctricas antes de su utilización.
- Continuar fortaleciendo el uso permanente de los elementos de protección personal.
- Reforzar las medidas de prevención durante actividades de trabajo en alturas y manejo de cargas.
- Incentivar el reporte oportuno de actos y condiciones inseguras por parte de los trabajadores.

6. Compromisos

Compromiso	Responsable	Fecha de cumplimiento
Realizar inspecciones de seguridad semanales en áreas críticas.	SST	Agosto 2026
Reforzar capacitación sobre reporte de actos y condiciones inseguras.	SST	Agosto 2026
Verificar cumplimiento del uso de EPP en actividades operativas.	Copasst	Agosto 2026
Realizar seguimiento a los hallazgos detectados durante las inspecciones.	SST	Agosto 2026
Continuar promoviendo campañas de prevención de accidentes y cultura de seguridad.	Copasst	Agosto 2026

7. PROPOSICIONES Y VARIOS

El comité recomienda:

- Continuar con las inspecciones periódicas en todos los frentes de trabajo.
- Mantener el seguimiento al cumplimiento de las medidas preventivas establecidas.
- Fortalecer la cultura del autocuidado mediante capacitaciones y charlas de seguridad.
- Promover la participación activa de los trabajadores en el reporte de actos y condiciones inseguras.
- Continuar realizando pausas activas y actividades orientadas a la prevención de riesgos ergonómicos.

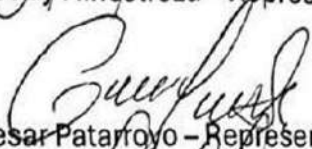
8. CIERRE DE LA REUNIÓN

No siendo otro el objeto de la reunión, se dio por terminada la sesión, dejando constancia de los compromisos establecidos para el siguiente periodo y reiterando el compromiso del COPASST y de todos los trabajadores con la mejora continua del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y la prevención de accidentes laborales.

En constancia firman:



Freddy Hinestroza – Representante empleador



Cesar Patarroyo – Representante empleador



Ricardo Gomez – Representante trabajador



Jorge Perez – Representante trabajador

	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 12	CÓDIGO:	IM 01
		VERSIÓN:	0
		FECHA:	21/07/2025
		Página 33 de 40	

Anexo 15.3 Reunión del COCOL

 UT SAN DIEGO 2026 NIT: 901.857.338-1	ACTA REUNIÓN COCOL	VERSIÓN 01
		CÓDIGO ACSST-006
	GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Fecha: 24/07/2025

CARTA REUNIÓN DEL COCOL

Bogotá D.C10 de julio de 2026

Señores(as):

Integrantes del Comité de Convivencia Laboral– COCOL

Unión Temporal San Diego 2026

1. Asistentes

De acuerdo con el acta de conformación del comité, participaron en la reunión los siguientes integrantes:

Nombre completo Cargo /Representación

Alejandro Perdomo presidente

Cesar Patarrollo secretario

Alejandra Pinto Suplente

Jessica Cortez Suplente

2. Orden del día

1. Verificación del quórum.
2. Lectura y aprobación del acta correspondiente al mes de junio de 2026.
3. Seguimiento a los compromisos establecidos en la reunión anterior.
4. Análisis de la convivencia laboral correspondiente al mes de julio de 2026.
5. Identificación de factores de riesgo psicosocial asociados al ambiente laboral.
6. Definición de acciones preventivas y de mejora.
7. Propositiones y varios.
8. Cierre de la reunión.

3. Desarrollo de la reunión

Se dio inicio a la reunión con la verificación del quórum, constatando la asistencia de los integrantes del Comité de Convivencia Laboral, por lo cual se declaró instalada y válida la sesión. El secretario realizó la lectura del acta correspondiente al mes de junio de 2026, la cual fue aprobada por unanimidad sin observaciones.

Posteriormente, el Comité realizó el seguimiento a los compromisos adquiridos en la reunión anterior, verificando el cumplimiento de las actividades programadas relacionadas con el fortalecimiento de la comunicación, el respeto entre los trabajadores y la promoción de espacios de integración laboral.

4. Seguimiento a compromisos anteriores

Durante el mes de julio de 2026 se evidenció el cumplimiento de las siguientes actividades:

- Se realizaron charlas de sensibilización sobre comunicación asertiva y trabajo en equipo.
- Se promovieron espacios de diálogo entre supervisores y trabajadores para fortalecer el clima laboral.
- Se reforzaron las campañas internas sobre respeto, tolerancia y resolución pacífica de conflictos.
- Se continuó incentivando la participación del personal en actividades de bienestar organizacional.

5. Análisis de Convivencia Laboral mayo-junio 2026

Durante el periodo evaluado se observó lo siguiente:

- No se presentaron quejas formales relacionadas con acoso laboral o situaciones de convivencia que requirieran intervención del Comité.
- Se evidenció una adecuada comunicación entre las diferentes áreas del proyecto.
- El personal mantuvo una actitud respetuosa y colaborativa durante el desarrollo de las actividades.
- Se fortaleció la participación de los trabajadores en las actividades de bienestar y prevención de riesgos psicosociales.

No obstante, el Comité considera importante continuar fortaleciendo:

- La comunicación efectiva entre líderes y trabajadores.
- El manejo adecuado del estrés en jornadas de alta carga operativa.
- El trabajo en equipo y la resolución oportuna de diferencias.
- La promoción del autocuidado y del bienestar emocional.

6. Factores de Riesgo Psicosocial Identificados

El Comité identifica de manera preventiva los siguientes aspectos:

- Estrés derivado del cumplimiento de cronogramas de obra.
- Fatiga física y mental por actividades operativas continuas.
- Necesidad de fortalecer las pausas activas y espacios de recuperación.
- Importancia de mantener un ambiente de respeto y apoyo entre todos los colaboradores.

Compromiso	Responsable	Fecha de cumplimiento
Realizar jornada de sensibilización sobre comunicación asertiva y convivencia laboral.	Presidente	Agosto 2026
Programar capacitación sobre manejo del estrés y autocuidado.	Secretario	Agosto 2026
Fortalecer las campañas internas de respeto y trabajo en equipo.	Comité de COCOL	Agosto 2026
Promover actividades de integración y bienestar para los trabajadores.	Comité COCOL	Agosto 2026

7. Firma De Los Asistentes



Alejandro Perodomo



Alejandra Pinto- secretaria

	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 12	CÓDIGO:	IM 01
		VERSIÓN:	0
		FECHA:	21/07/2025
		Página 34 de 40	

Anexo 15.4 Documentación sst (ATS, preoperacionales, permisos, inspecciones, asistencias)



UT SAN DIEGO
2026
NIT: 901.957.130.1

Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

FORMATO CHARLAS DIARIAS

CODIGO: FT-SST-003

FECHA: 21/07/2025

VERSION: 001

PROYECTO ESTACION Calle 72	FECHA INICIAL 06/07/25 HORA INICIAL 11:30 pm	FECHA FINAL 18/07/25 HORA FINAL 4:30 pm	CHARLA SEG Y AMBIENTAL 	SOCIALIZACION 	INDUCCION	REINDUCCION			
FORMA DE EVALUACION			ESCRITA	VERBAL 	N° PARTICIPANTES				
NOMBRE DE LA CAPACITACION DIARIA									
LUNES Preparación H. Manual	MARTES Kit de emergencia	MIÉRCOLES Preparación H. Manual Electrónica	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO			
FIRMO CONSTANCIA QUE HE RECIBIDO INSTRUCCIONES SOBRE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL Y POR LO TANTO ME RESPONSABILIZO DE APLICARLOS DIARIAMENTE DURANTE EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS									
N°	NOMBRE DEL TRABAJADOR	N° DOCUMENTO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
1	Johnny Tland	101362972	PTG	PTG	PTG				
2	Edwin OSORIO	1013797786	Edwin OSORIO	Edwin OSORIO	Edwin OSORIO				
3	Andrés Monroy	108514939	Andrés M.	Andrés M.	Andrés M.				
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
Mitchell Castro NOMBRE DEL CAPACITADOR		1000049135 N° CEDULA							

UNION TEMPORAL SAN DIEGO 2026		CÓDIGO	FT-SST-001
SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		FECHA	2025
ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO		VERSIÓN	1
1. DATOS GENERALES			
OBRA			
CONTRATISTA			
FECHA DE INICIO	09/01/26	Valido desde las	1:30 AM
FECHA DE TERMINACIÓN	12/01/26	Hora de cierre	1:30 PM
2. DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA			
SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE CELOSIA PARA FACHADA DE VAGONES ETAPA 2			
3. PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE			
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	ESPACIO CONFINADO	OTRO	
INSTALACIONES ELÉCTRICAS	TRABAJO CALIENTE	¿Cuál?	
RIESGOS ASOCIADOS AL PROCESO	ELEMENTOS Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) REQUERIDOS	HERRAMIENTAS DE TRABAJO	
<ul style="list-style-type: none"> -Proyección de partículas, quemaduras, electrocución, ruido -Cortes, caídas de objetos, atrapamientos, polvo -Golpes, errores de medida, esfuerzo físico -Caídas, tropiezos, ingreso no autorizado -Vapores, contacto químico, contaminación -Contaminación, riesgo biológico, caídas de materiales -Caídas en altura, atrapamientos, sobreesfuerzo 	<ul style="list-style-type: none"> -Caretas de soldar, guantes de carnaza, overol antiplama, tapones auditivos -Guantes anticorte, lentes de seguridad, mascarilla -Pausas activas, verificación de medidas, herramientas calibradas -Arnés certificado, línea de vida, botas, casco, gafas, señalización -Respirador con filtro, guantes de nitrilo, ventilación -EPP completo, bolsas/cajas etiquetadas, rutas definidas -EPCC, andamio/plataforma, anclaje verificado 	<ul style="list-style-type: none"> -Herramientas de soldadura, extintor -Herramientas manuales, -equipos de limpieza -Cinta métrica, herramientas de medición -Cintas de demarcación, controles de acceso -Contenedores rotulados, pinturas e insumos -Elementos de recolección y disposición -Torque, herramientas de fijación y montaje 	
Otros ¿Cuáles?:	Otros ¿Cuáles?:	Otros ¿Cuáles?:	
4. ANÁLISIS DE LA TAREA			
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?		Botas, Guantes, Gafas, Casco	
¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables?		SI	
¿El equipo está en óptimas condiciones?		SI	
¿Se han dispuesto extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo?		SI	
¿La persona encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea?		SI	
Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Controles requeridos	
Movilización y alistamiento del área (herramientas, señalización, bloqueo)	Golpes por tránsito peatonal/vehicular, tropiezos, exposición a ruido, manipulación de cargas ligeras	<ul style="list-style-type: none"> -Delimitar y señalizar con barreras y conos. -Programar cortes de acceso y coordinar con operación de estación. -Uso de RCD en herramientas eléctricas. -Instrucción antes de iniciar (briefing/toolbox talk). -EPP: casco, chaleco reflectante, botas con punta, guantes. 	
Retiro de elementos existentes en vano (vidrios, soportes) y limpieza	Cortes por vidrio, proyección de fragmentos, caída de objetos, exposición a polvo	<ul style="list-style-type: none"> -Proteger área inferior con mallas/estera y red de contención. -Retirar vidrio con técnicas seguras y herramientas de sujeción; usar contenedores rígidos para escombros. -Procedimiento para manipulación manual seguro y uso de elevador si aplica. -EPP: guantes anti-corte, gafas o pantalla facial, botas, protección auditiva si hay herramientas. 	
Medición y modulación en sitio (marcado del vano)	Errores de medición (retrabajo), cortes manuales, exposición a polvo y ruido	<ul style="list-style-type: none"> -Verificación por doble-medición (dos técnicos). -Herramientas con resguardo y PRCD. -Breve de control de cambios antes de corte. -EPP: guantes anti-corte, gafas, tapones auditivos. 	
Corte y preparación de perfiles (serrado, desbarbado)	Proyección de partículas, quemaduras por superficie caliente, ruido, inhalación de polvo metálico	<ul style="list-style-type: none"> -Uso de extractores/local ventilation o cortinas soldadas para polvo. -Pantallas anti-chispa; área delimitada para corte. -Procedimiento de control de emisiones. -EPP: gafas + pantalla facial, guantes de cuero, protección auditiva, mascarilla P2/P3 para polvo. 	
Fabricación/soldadura in situ de celosías (soldaduras, crucetas, tensores)	Quemaduras, chispas que provocan incendio, radiación UV, inhalación de humos de soldadura, riesgo por cilindros (si aplica)	<ul style="list-style-type: none"> -Designar área de hot-work con cortinas ignífugas y extintor en 10 m. -Permiso de trabajo en caliente obligatorio con vigilancia (fire-watch) 30 min post-trabajo. -Ventilación localizada/extracción de humos. -Asegurar cilindros (si aplican) y almacenamiento seguro. -EPP: careta de soldar con filtro correcto, guantes de soldador, mandil o ropa FR, botas. 	
Traslado e izado de paneles / elevación y posicionamiento	Atrapamientos, caída de cargas, rotura de anclaje, golpe por elemento que se balancea	<ul style="list-style-type: none"> -Uso de equipos de izaje certificados (grúa, gato, elevador). -Señalero/zonas prohibidas bajo carga. -Utilizar eslingas, ganchos con seguro y taglines para controlar balanceo. -Verificar capacidad de anclajes y estructura receptora. -EPP: casco con barboquejo, botas, guantes de agarre, chaleco de alta visibilidad. 	
Fijación y anclaje (soldado de platinas, pasadores 3/4", rcmachos POP)	Proyección de fragmentos, riesgo de caída desde altura, perforación accidental, contacto con metal caliente	<ul style="list-style-type: none"> -Comprobar y certificar puntos de anclaje estructural. -Uso de herramientas con resguardos; plantillas de fijación para evitar deslizamientos. -Si hay trabajo en alturas: líneas de vida, punto de anclaje temporal certificado. -EPP: arnés anticaídas con absorbedor y talabarte doble, casco, guantes, gafas. 	

Instalación de lámina galvanizada y vinilo adhesivo (señalización)	Cortes por bordes afilados, proyección al usar remachadora, riesgo de caída si se instala en altura	<ul style="list-style-type: none"> - Remaches POP instalados con herramienta en buen estado; comprobar posición estética y sujeción. - Bordes de lámina desbarbados o protegidos. - Anclar operarios para trabajo en altura. - EPP: guantes anti-corte, gafas, arnés si aplica.
Aplicación de pinturas (primer zinc 2 comp 3 mils, barrera epóxica 3 mils, uretano 2 mils)	Inhalación de vapores VOC, contacto con piel, riesgo de incendio, contaminación ambiental	<ul style="list-style-type: none"> - Área ventilada o extracción localizada; si en sitio abierto mantener viento a favor de la zona de trabajo. - Mantener MSDS accesible. - Prohibir fuentes de ignición cerca. - Gestión de residuos de pintura y solventes según norma ambiental. - EPP: respirador con cartucho para vapores orgánicos + filtro particulado (A2/P3 o equivalente), guantes químico-resistentes, gafas, ropa de trabajo impermeable.
Inspección final, pruebas, limpieza y disposición final de residuos	Residuos cortantes, contaminación, riesgo de tropiezos con escombros, incumplimiento de calidad	<ul style="list-style-type: none"> - Inspección por interventoría; verificación de fijaciones y pintura (espesores). - Barrido, recolección y embalaje seguro de residuos peligrosos (MSDS, contenedores señalizados). - Transporte y disposición final conforme instrucciones de la entidad. - EPP: guantes, botas.
Trabajo nocturno	Iluminación insuficiente → errores, fatiga, mayor probabilidad de incidentes	<ul style="list-style-type: none"> - Iluminación portátil con protección contra deslumbramiento e instalada de forma que evite sombras. - Programación de turnos y pausas, limitación de jornadas largas. - Mayor señalización y presencia de supervisor SST. - EPP: chalecos reflectivos, iluminación personal.
Actividades administrativas post-trabajo (certificados, acta de entrega)	Falta de documentación que impida recepción o pago, retrabajo	<ul style="list-style-type: none"> - Registrar conformidades, emitir acta de entrega con validación del interventor. - Mantener registros de calibración de equipos de medición (espesor de pintura, torque de anclajes).

[illegible]

Powered by CamScanner

INSPECCIÓN PRE-OPERACIONAL HERRAMIENTAS ELECTRICAS

CODIGO: FT-SST-019

FECHA: 22/07/2025

VERSION: 001

Ciudad: Bogotá D.C.

Hora inicial: 11:30 PM

Obra/proyecto: E. calle 74

Valido entre 6

hasta: 12 De Julio 22

Hora final: 4:30 AM

Herramienta electrica: **TALADRO**

Marca de la herramienta: DAWIA

La herramienta es Apta:

Actividad a realizar:

☒ SI ☐ NO

Nombre de quien hizo la inspección:

Edwin Osorio

SERIE

NUMERO

636

CRITERIOS

CRONOGRAMA

	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO		
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
SE VERIFICO EL ESTADO DE LAS CONEXIONES ELECTRICAS (CABLE, TOMA)	SI			SI			SI			SI											
SE VERIFICO ESTADO DEL MOTOR	SI			SI			SI			SI											
SE VERIFICO LA CONVERSIÓN DEL ROTOMARTILLO	SI			SI			SI			SI											
ES ACORDE EL ESTADO E INSTALACION DEL MANGO DE AGARRE	SI			SI			SI			SI											
EL ESTADO DEL MANDRIL ES ACORDE	SI			SI			SI			SI											
ESTADO GENERAL DEL TALADRO ES APTO	SI			SI			SI			SI											
EL ESTADO DE LA BROCA A UTILIZAR ES BUENO	SI			SI			SI			SI											
SUENAN PIEZAS SUELTAS EN SU INTERIOR		NO			NO			NO			NO										
SIRVE ADECUADAMENTE LA LLAVE DEL MANDRIL	SI			SI			SI			SI											
EL OPERARIO UTILIZA LOS EPP ADECUADOS PARA LA ACTIVIDAD	SI			SI			SI			SI											

OBSERVACIONES:

FIRMA TRABAJADORES

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
<u>Edwin Osorio</u>	<u>1095747786</u>	<u>Edwin Osorio</u>	<u>Edwin Osorio</u>	<u>Edwin Osorio</u>	<u>Edwin Osorio</u>			

FIRMA DE VALIDACIÓN DIARIA

FIRMA DE RESIDENTE SST	FECHA VALIDACIÓN
<u>[Firma]</u>	<u>22/07/2025</u>

FIRMA DEL REPRESENTANTE DE COPASST Y/O BRIGADISTA

INSPECCIÓN PRE-OPERACIONAL HERRAMIENTAS ELECTRICAS

CODIGO: FT-SST-019

FECHA: 22/07/2025

VERSION: 001

Ciudad: Bosón D.C

Hora inicial: 11:30 AM

Obra/proyecto: E. CAKE 7 Valido entre 6 hasta: 12 de 7 año 26

Hora final: 4:30 AM

Herramienta electrica: TALADRO

Marca de la herramienta: Bosch

La herramienta es Apta: ☒ SI ☐ NO

Actividad a realizar: Q

Nombre de quien hizo la inspección: Andres Monroy

SERIE

NUMERO

430

CRITERIOS

CRONOGRAMA

	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO		
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
SE VERIFICO EL ESTADO DE LAS CONEXIONES ELECTRICAS (CABLE, TOMA)	SI			SI			SI			SI											
SE VERIFICO ESTADO DEL MOTOR	SI			SI			SI			SI											
SE VERIFICO LA CONVERSIÓN DEL ROTOMARTILLO	SI			SI			SI			SI											
ES ACORDE EL ESTADO E INSTALACION DEL MANGO DE AGARRE	SI			SI			SI			SI											
EL ESTADO DEL MANDRIL ES ACORDE	SI			SI			SI			SI											
ESTADO GENERAL DEL TALADRO ES APTO	SI			SI			SI			SI											
EL ESTADO DE LA BROCA A UTILIZAR ES BUENO	SI			SI			SI			SI											
SUENAN PIEZAS SUELTAS EN SU INTERIOR		NO			NO			NO			NO										
SIRVE ADECUADAMENTE LA LLAVE DEL MANDRIL	SI			SI			SI			SI											
EL OPERARIO UTILIZA LOS EPP ADECUADOS PARA LA ACTIVIDAD	SI			SI			SI			SI											

OBSERVACIONES:

FIRMA TRABAJADORES

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Andres Monroy	108514939	Andres M.	Andres M.	Andres M.	Andres M.			

FIRMA DE VALIDACIÓN DIARIA

FIRMA DE RESIDENTE SST	FECHA VALIDACIÓN
<u>[Firma]</u>	<u>09/07/26</u>
<u>[Firma]</u>	<u>10/07/26</u>
<u>[Firma]</u>	<u>13/07/26</u>
<u>[Firma]</u>	<u>14/07/26</u>

FRIMA DEL REPRESENTANTE DE COPASST Y/O BRIGADISTA

Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo									
 UT SAN DIEGO 2026 <small>NOT REVISADO</small>		FORMATO CHARLAS DIARIAS				CODIGO: FT-SST-003			
						FECHA: 21/07/2025			
						VERSION: 001			
PROYECTO Estacion GARCERAN 41		FECHA INICIAL 06/07/26	FECHA FINAL 12/07/26	CHARLA SEG Y AMBIENTAL <div style="text-align: center; font-size: 2em;">X</div>		SOCIALIZACION		INDUCCION	REINDUCCION
		HORA INICIAL 11:30 PM	HORA FINAL 4:30 PM						
FORMA DE EVALUACION				ESCRITA		VERBAL <div style="text-align: center;">X</div>		N° PARTICIPANTES	
NOMBRE DE LA CAPACITACION DIARIA									
LUNES Paseo Domingo	MARTES Paseo Domingo	MIERCOLES Paseo Domingo	JUEVES Compromiso de Conecto uso cap	VIERNES Preoperacional Polimeras	SABADO	DOMINGO			
FIRMO CONSTANCIA QUE HE RECIBIDO INSTRUCCIONES SOBRE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL Y POR LO TANTO ME RESPONSABILIZO DE APLICARLOS DIARIAMENTE DURANTE EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS									
N°	NOMBRE DEL TRABAJADOR	N° DOCUMENTO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
1	José Diego	96102991	<i>[Signature]</i>		<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>		
2	Guillermo Oca	92159954	<i>[Signature]</i>		<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>		
3	Wilber Vargas	90251201	<i>[Signature]</i>			<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>		
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
<i>[Signature]</i> NOMBRE DEL CAPACITADOR		100009413 N° CEDULA	<i>[Signature]</i> FIRMA						

UNION TEMPORAL SAN DIEGO 2026		CÓDIGO	FT-SST-001
SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		FECHA	2025
ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO		VERSIÓN	1
1. DATOS GENERALES			
OBRA: <u>ESTACIÓN CARRETERA 4A</u>		CONTRATISTA	
FECHA DE INICIO	<u>06/01/26</u>	Valido desde las	<u>11:30</u> AM
FECHA DE TERMINACIÓN	<u>2/01/26</u>	Hora de cierre	A las <u>4:30</u> PM
2. DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA			
DESMONTE, SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE CUBIERTA EN ESTACIONES			
3. PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:			
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	☒ ESPACIO CONFINADO	☐ OTRO	
INSTALACIONES ELÉCTRICAS	TRABAJO CALIENTE	☒ CERRA	
RIESGOS ASOCIADOS AL PROCESO	ELEMENTOS Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) REQUERIDOS	HERRAMIENTAS DE TRABAJO	
Caidas a distinto nivel (principal riesgo). Caída de herramientas y materiales. Proyección de partículas por corte y pulido. Colapso parcial de cubierta deteriorada. Electrocución por líneas cercanas. Atrapamientos en equipos de elevación. Sobreesfuerzo y manejo manual de cargas. Quemaduras por trabajo caliente. Riesgo químico (pinturas, desengrasantes). Riesgo biológico y ambiental por residuos	Arnés certificado con doble línea de vida y absorbedor. Casco con barbuquejo. Gafas de seguridad. Guantes anticorte y guantes de nitrilo. Botas antiderrapantes punta de acero. Overol o ropa de trabajo. Tapabocas o respirador según actividad (filtro P100). Protector auditivo. Señalización personal (chaleco reflectivo).	Andamios certificados o manlift. Elingas, líneas de vida y anclaje certificado. Herramientas manuales y de corte (esmeril, taladro). Equipos para pintura (rodillo, pistola si aplica). Llaves, destornilladores, herramientas de montaje. Extintor ABC. Kit de derrames (para desengrasantes).	
Otros ¿Cuáles?:	Otros ¿Cuáles?:	Otros ¿Cuáles?:	
4. ANÁLISIS DE LA TAREA			
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?			
<u>Arnés, Casco, Guantes, Botas, C-A</u>			
¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables?			
¿El equipo está en óptimas condiciones?			
¿Se han dispuesto extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo?			
¿La persona encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea?			
Pesos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Controles requeridos	
Alistamiento y preparación del área, herramientas, EPP y EPCC, Demarcación y señalización del área de trabajo	Caidas a diferente nivel, tropiezos, contacto con herramientas, Ingreso de personas no autorizadas, accidentes por Interferencia	Inspección previa, uso de arnés certificado, línea de vida, botas, guantes, casco y gafas, Señalización visible, cintas de demarcación, control de acceso.	
Instalación de EPCC y verificación de alturas	Caidas de altura, fallas en equipos	Revisión diaria de arnés, línea de vida, anclajes certificados	
Desmonte de cubierta existente	Caída de láminas, corte, desplome parcial, atrapamientos	Línea de vida activa, corte controlado, retiro progresivo, comunicación permanente	
Retiro de canales y limpieza de estas	Atrapamientos, cortes, residuos contaminados	Guantes anticorte, manipulación segura, clasificación de residuos	
Retiro de pintura antigua y mantenimiento	Proyección de partículas, ruido, polvo	Gafas, respirador P100, tapones auditivos, control de polvo	
Aplicación de pintura (imprimante, epóxica, uretano)	Vapores tóxicos, irritación, contaminación	Ventilación natural, guantes, recipientes herméticos, derrame controlado	
Disposición final de residuos y traslado de materiales	Riesgo biológico, contaminación, desorden, caída de materiales	Clasificación en origen, bolsas/cajas etiquetadas, rutas internas definidas, EPP completo	
Instalación de cubierta tipo sandwich deck	Caída de altura, caídas de herramientas, atrapamiento	Trabajo con líneas de vida, uso de manlift y/o andamio, orden y aseo continuo	
Instalación de remates y corta goteras	Cortes, golpes, pérdida de equilibrio	Guantes anticorte, puntos de apoyo seguros	
Disposición final de residuos	Contaminación, riesgo biológico, cortes	Clasificación por tipo, entrega a gestor autorizado, certificados	
Entrega del área y retiro de señalización	Tropiezos, caída de objetos	Orden, verificación de que no queden elementos sueltos	

[illegible]

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

I. INFORMACIÓN DE LA SEDE A INSPECCIONAR

Ciudad/Municipio: Bogotá D.C.
Estación: CARRETA 53 Portal: N/A

II. INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de Inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa): 06/07/16 Hora de Inicio (a.m./p.m.): 11:30 PM Hora de Finalización (a.m./p.m.): 4:30 AM
Fecha de final del Trabajo (dd/mm/aaaa): 17/07/16
Ubicación donde se realiza el trabajo (Área/dependencia o sitio): (PBR) 1 y 2
Descripción de la tarea a realizar: OB
Permiso solicitado por: (Nombres y Apellidos) Jairo Lopez No. Identificación: 4610299 Cargo:
Permiso autorizado por: (Nombres y Apellidos) Miguel Castro No. Identificación: 6060135 Cargo: SST

III. VIGENCIA DEL PERMISO

Vigencia del permiso: Semana del (dd/mm/aa): 06/07/16 al (dd/mm/aa): 17/07/16

IV. CHEQUEO DE SEGURIDAD

Número de Trabajadores: Herramientas a Utilizar: Plancha, Equipo de Protección

1. Para poder iniciar los trabajos todas las respuestas deben ser afirmativas.
2. El no llenar este permiso es violación al reglamento de higiene y seguridad industrial; dando lugar a la suspensión inmediata del trabajo.
3. El permiso aplica únicamente para un turno de trabajo.
4. Si las condiciones iniciales bajo las cuales se autoriza este permiso de trabajo cambian, se debe tramitar uno nuevo.

V. TRABAJO A REALIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Soldadura ☒ Oxicorte ☐ Pulidora ☒ Otro, ¿Cuál?

VI. LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Verificación condiciones de riesgo	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El equipo y el área de trabajo están libres de sustancias peligrosas?							C			C			C								
¿Existe una adecuada ventilación que reduzca la concentración de vapores o gases?							C			C			C								
¿Se han dispuesto extintores adecuados en el sitio de trabajo, así como también los equipos contra incendios del área están disponibles y sin bloqueos?							C			C			C								
¿Los equipos a utilizar se encuentran correctamente conectados?							C			C			C								
¿Se han suspendido tareas vecinas que puedan afectar el trabajo?									NA			NA			NA						
¿Se inspeccionó y verificó las condiciones seguras del equipo a utilizar?							C			C			C								
¿Se dio previo aviso al personal sobre la actividad a realizar?							C			C			C								

VII. LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

No.	Item	C	NC	NA	No.	Item	C	NC	NA	No.	Item	C	NC	NA
1	Casco de seguridad	C			7	Visera o Careta	C			8	Área de trabajo delimitada	C		
2	Gafas de seguridad	C			8	Traje de Soldador	C			9	Reunión pre operacional	C		
3	Gautes (según la actividad a realizar)	C			9	Polvinas para soldador	C			10	Inspección pre operacional de equipos	C		
4	Botas de seguridad	C			10	Mascara para soldar	C			11	Permiso de Trabajo en Alturas	C		
5	Respirador para polvos o humos	C			11	Protección auditiva	C			12	Charla de Seguridad	C		
6	Respirador para vapores ácidos				12	Otros, ¿Cuál?				13	Aptitud Física	C		

[illegible]

UNION TEMPORAL SAN DIEGO																							
INSPECCIÓN PRE-OPERACIONAL ACTIVIDADES CON SOLDADURA																							
I. INFORMACIÓN DE LA SEDE A INSPECCIONAR																							
Proyecto:	CARRERA 53										ciudad:	BOGOTÁ D.C.											
Clase de Sede (Marcar X):	Estación	X									Portal												
										Responsable de área	cargos												
II. INFORMACIÓN GENERAL																							
Fecha de inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa):	06/04/26										Hora de inicio (a.m./p.m.):	11:30 PM					Hora de Finalización (a.m./p.m.):	4:30 AM					
Fecha final del Trabajo (dd/mm/aaaa):	12/07/26																						
Ubicación donde se realiza el trabajo (Área/dependencia o sitio):	VAGON 1 y 2																						
Descripción de la tarea a realizar:	OBL 02																						
III. INSPECCIÓN																							
Equipo No:	Equipo de Soldar 1										Marca:												
Soldador:	JUAN JOSE										Obra:	CARRERA 53											
Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica																							
Descripción	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo				
Maquina de soldar	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA		
Cable de masa							C			C			C										
Cable de porta electrodo							C			C			C										
Condiciones del sistema de refrigeración							C			C			C										
Correa ventiladora							C			C			C										
Estado de conexiones eléctricas (extensiones, cables, toma)							C			C			C										
Estado del deposito del combustible (tanque)							C			C			C										
Estado general							C			C			C										
Funcionamiento del motor							C			C			C										
Pinza de masa							C			C			C										
Pinza de porta electrodo							C			C			C										
Radiador							C			C			C										
Cable de polo a tierra							C			C			C										

[illegible]

 UT SAN DIEGO	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL PLANTA ELÉCTRICA		Código: FT-SST-046						
			Versión: 1						
			Fecha de Emisión: 22/08/2025						
PROYECTO	ESTACIÓN CARRERA 4A								
MARCA	EIKE		MODELO						
FECHA INSPECCIÓN (Semana)	del (d/d/m/a) 08/01/26		al (d/d/m/a) 12/01/26						
Marque en las casillas con la letra según corresponda, C (CUMPLE) NC (NO CUMPLE) N/A (NO APLICA)									
1. LUCES		DÍAS						OBSERVACIONES	
		LU	MA	MI	JU	VI	SA		DO
1.1	Verificar nivel de agua de radiador	C		C	C	C			
1.2	Verificar nivel de aceite del motor	C		C	C	C			
1.3	Revisar nivel del tanque de combustible	C		C	C	C			
1.4	Revisión de tubo de escape	C		C	C	C			
1.5	Verificar la limpieza y estado del filtro de aire	C		C	C	C			
1.6	Verificar sistema de inyección de combustible	C		C	C	C			
2. ESTADO GENERAL		DÍAS						OBSERVACIONES	
		LU	MA	MI	JU	VI	SA		DO
2.1	Verificar ajuste de tuercas y tornillos	C		C	C	C			
2.2	Sistema de arranque (yoyo)	C		C	C	C			
2.3	Sistema eléctrico	C		C	C	C			
2.4	Verificación de correas	C		C	C	C			
2.5	Verificación de guardas	C		C	C	C			
2.6	Revisión de fugas de combustible	C		C	C	C			
2.7	Revisión de fugas de agua	C		C	C	C			
2.8	Revisión de fugas de aceite	C		C	C	C			
2.9	Realizar limpieza del equipo	C		C	C	C			
El siguiente ítem se evaluará semanalmente y lo evaluará el Jefe Inmediato o SST de Campo (Marque en la casilla SI o NO según corresponda)									
3. FACTORES HUMANOS		CUMPLE		OBSERVACIONES					
		SI	NO						
3.1	Cumple con las instrucciones de Operatividad de la planta?	SI							
3.2	El operador usa de manera adecuada los EPP cuando esta haciendo uso del equipo	SI							
3.3	El operador reporta actos y condiciones inseguras / seguras		NO						
FIRMA NOMBRE C.C		INSPECCIONÓ			Vo.Bo Jefe inmediato / SST				
		Jesus Lugo			Michele Castro				
					1000049135				



CODIGO: FT-SST-038

FECHA: 25/07/2025

VERSION: 001

EXTENSION No.

SEMANA DEL 06/07/26 AL 12/07/26 MES Julio DEL AÑO 2026

PROYECTO:	ESTACION CARRETERA A	TORRE:	N/A
-----------	----------------------	--------	-----

CONDICIONES DE SEGURIDAD	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
La extensión eléctrica indica el voltaje de corriente en la que se puede utilizar?	C						C						C								
La extensión eléctrica cuenta con la conexión polo a tierra?	C						C						C								
El cable de la extensión eléctrica se encuentra en buenas condiciones libre?	C						C						C								
Los enchufes están en buenas condiciones de uso sin trozaduras o quiebres?	C						C						C								
El largo de la extensión está de acuerdo a lo requerido en el área de trabajo?	C						C						C								
Su aislación está en buen estado (sin cortes, ni cables expuestos, etc)?	C						C						C								
La conexión macho-hembra tienen cables a la vista?	C						C						C								
Las cajas de enchufes múltiples están protegidas contra golpes?	C						C						C								
La extensión eléctrica no están expuestas a humedad y se encuentran bajo techo?	C						C						C								

FIRMA DIARIA SST

LUNES	MARTES	LUNES	MARTES
Jesús	—	Marta	—
MIERCOLES	JUEVES	MIERCOLES	JUEVES
20	21	Marta	Marta
22	23	Marta	Marta
24	25	Marta	Marta
26	27	Marta	Marta
28	29	Marta	Marta
29	30	Marta	Marta
30	31	Marta	Marta

ACCIÓN TOMADA

Powered by CamScanner

LISTA DE CHEQUEO ESCALERAS		CÓDIGO: FF-887-011																			
FECHA: JULIO 21 DE 2020		VERSIÓN: 001																			
PROYECTO: OBRA ESTACION CARRETERA 11A		ÁREA DE TRABAJO: OPERATIVO																			
TIPO DE ESCALERA:		PROCESO:																			
☒ ALUMINIO TIERA ☐ TIERA CON PLATAFORMA ☐ ALUMINIO EXTENSIBLE ☐ TELESCÓPICA		DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD: OBC 02																			
SEMANA DEL 08 AL 12 DE 7 AÑO 2020		OBSERVACIONES:																			
MARQUE CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA																					
CONDICIONES DE SEGURIDAD	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO		
	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A
La zona está libre de escombros, acopio de material o cualquier otro elemento	☒						☒			☒			☒								
La escalera está sin defectos, está libre de proyecciones (clavos, tornillos, etc)	☒						☒			☒			☒								
Todos los travesaños están libres de fisuras, están completos, conservan la misma distancia y están encajados	☒						☒			☒			☒								
La distancia entre la pared y el pie de la escalera deberá ser por lo menos de 1/4 de longitud de la misma.	☒						☒			☒			☒								
Hay empalme entre si de dos o mas escaleras																					
La longitud máxima de la escalera simple será de cinco metros. En ningún caso sobrepasa esta medida.	☒						☒			☒			☒								
La distancia máxima entre travesaño sera de cuarenta (40) centímetros	☒						☒			☒			☒								
Los travesaños deberán estar apoyados mediante largueros de la escalera y asegurados por medio tornillos.	☒						☒			☒			☒								
Agarrarse con ambas manos al subir o bajar.	☒						☒			☒			☒								
Al subir o bajar hacerlo de frente a la escalera.	☒						☒			☒			☒								
Si hay riesgo eléctrico se ha determinado que el material de la escalera no es eléctrico	☒						☒			☒			☒								
Elias se proyectan 1 metro arriba del punto de trabajo, por lo menos?	☒						☒			☒			☒								

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ESPECIFICOS																							
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ESPECIFICOS		LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			
		C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	
Arnes de cuerpo completo				NA				C		NA			NA			NA							
Exting (posicionamiento, en Y, sencilla)				NA						NA			NA			NA							
Casco con barbucelo		C						C				C			C								
Gafas de seguridad		C						C				C			C								
botas de seguridad con suela antidiezilante/ dielectricas		C						C				C			C								
Guantes de seguridad		C						C				C			C								
Otro:																							
ALTURA APROXIMADA		3 mts						2 mts			3 mts			3 mts									
OBSERVACIONES:																							
NOMBRE DEL INSPECTOR SST QUE REALIZO LA VERIFICACION						CEDULA DEL INSPECTOR						NOMBRE TRABAJADORES						CEDULA DE LOS TRABAJADORES					
Mitchell Castro						100004135						Guilberto Sierra						421899511					
FIRMA DEL REPRESENTANTE DE COPASSTY/O BRIGADISTA																							
FIRMA DIARIA TRABAJADOR		LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			
Guilberto		Guilberto			Guilberto			Guilberto			Guilberto			Guilberto									
FIRMA DIARIA COORDINADOR TA		Mitchell			Mitchell			Mitchell			Mitchell			Mitchell									

Están instalados los rodapiés y bordean el perímetro de la plataforma	00					00																				
Se garantiza el acceso seguro al trabajador	00					00																				
Los soportes laterales, travesaños se encuentran en buen estado	00					00																				
Cuenta con protección para evitar caída de material.	00					00																				
El área está libre de cables eléctricos	00					00																				
La resistencia estructural de la baranda mínimo 200 libras (90,8 kg) de carga puntual en el punto medio del travesaño superior de la baranda aplicada en cualquier dirección sin presentar falla.	00					00																				
La altura de la baranda es 1 metro mínimo sobre la superficie de trabajo	00					00																				
La separación entre soportes verticales garantizan la resistencia mínima solicitada	00					00																				
Ubicación de travesaños intermedios horizontales están ubicados a máximo 48 cm entre sí.	00					00																				
La altura de los rodapiés mínimo 9 cm medidos desde la superficie en donde se camina y/o trabaja	00					00																				
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ESPECIFICOS																										
Arnes de cuerpo completo																										
Eslinga (posicionamiento, en Y, sencilla)																										
Casco con barbuquejo	00					00																				
Gafas de seguridad	00					00																				
Botas de seguridad con suela antideslizante/ dieléctricas	00					00																				
Guantes de seguridad	00					00																				
Otros																										
ALTURA APROXIMADA																										
OBSERVACIONES:																										
NOMBRE DEL INSPECTOR SST QUE REALIZO LA VERIFICACIÓN	CEDULA DEL INSPECTOR					NOMBRE TRABAJADORES					CEDULA DE LOS TRABAJADORES															
Miguel Castro	100004135					Jesús Rago					1610299															
FIRMA DEL REPRESENTANTE DE COPASST/O BRIGADISTA																										
FIRMA DIARIA TRABAJADOR	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO																			
	Jesús		Jesús	Jesús	Jesús																					
FIRMA DIARIA COORDINADOR TA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO																			
	Miguel C.		Miguel C.	Miguel C.	Miguel C.																					

COOAGS FT-087-044
FED4A 22/08/2025
VERSION 307

ESTACION CUBETA CA

OPERATIVO

colgarite

colgarite

tubular 2

MOVIL 2

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD:

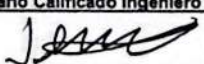
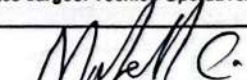
6 AL 12 DE JUNIO 20

OBSERVACIONES

03c 02.

CONDICIONES DE SEGURIDAD

CONDICIONES DE SEGURIDAD	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A
La zona está libre de escombros, acopio de material o cualquier otro elemento	C						C			C			C								
Se ha instalado señalización / demarcado el perímetro del área	C						C			C			C								
La Superficie de apoyo (el Piso) es firme y plana, es rígida y soporta la carga máxima de diseño, sin hundirse o desplazarse.	C						C			C			C								
Andamio diseñado para soportar 4 veces el peso de la totalidad de personas, equipo, materiales	C						C			C			C								
Se asegura que los andamios no sean remolcados por algún vehículo.	C						C			C			C								
Capetas y ruedas correctamente posicionadas y con el freno activo?	C						C			C			C								
Posee acceso seguro y adecuado? (escalera para subir y bajar)	C						C			C			C								
El punto de anclaje de la línea de vida es independiente al sistema de anclaje del andamio																					
Se ensamble la plataforma desde el nivel más bajo	C						C			C			C								
Este instalado a una viga o estructura sólida y estable del edificio																					
Las cerchas están sujetas a la estructura																					
Los ganchos están en buen estado, no presentan óxido ni desgaste																					
La guaya está asegurada y en buen estado																					
Cuenta con Grapas de sujeción necesarios y se encuentre en buen estado																					
La guaya está libre de nudos																					
La guaya está libre de hilos sueltos o reventados																					
La guaya presenta oxidación																					
Las Grapas de sujeción (perros) son compatibles y cuentan con el diámetro adecuado para la guaya																					
La plataforma del andamio está completa y asegurada	C						C			C			C								
Los tabloncillos están asegurados al andamio																					
Presentan fisuras los tabloncillos																					
Se permite el libre desplazamiento del trabajador sobre la plataforma	C						C			C			C								

		UNION TEMPORAL SAN DIEGO 2026										CODIGO: FT-SST-024 VERSION: 01 VIGENTE DESDE: 15/10/2025 PAGINA: 1 DE 1			
FECHA DE INSPECCION:		Semana Del <u>6</u> Al <u>12</u> Mes <u>Julio</u>										AREA: <u>OPERATIVO</u>			
INSPECCION REALIZADA POR:		<u>CRIS LOP</u>										GRUPO DE TRABAJO:			
ITEM DE CALIFICACION		REVISIÓN BUENO (B)-MALO (M)/MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LA MAQUINA SI-NO/USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL/SI-NO													
ITEM	REVISIÓN	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Domingo	
		Bueno	Malo	Bueno	Malo	Bueno	Malo	Bueno	Malo	Bueno	Malo	Bueno	Malo	Bueno	Malo
ESTADO GENERAL DE LA MAQUINA	Estructura de soporte	B				B		B							
	Llantas de transporte	B				B		B							
	Soporte superior de carga (manija)	B				B		B							
	Soportes de anclaje	B				B		B							
	Bomba de compresión	B				B		B							
MOTOR	Encendido	B				B		B							
	Estado general	B				B		B							
	Tanque	B				B		B							
	Radiador	B				B		B							
	Medidor de aire	B				B		B							
	Valvula de seguridad	B				B		B							
	Regulador	B				B		B							
CABLEADO	Acoples (Pines y Abrazaderas)	B				B		B							
	Correas	B				B		B							
	Puntos de conexión de la maquina	B				B		B							
	Manguera	B				B		B							
PISTOLA	Estado general de pinzas de conexión a tierra	B				B		B							
	Cables de conexión	B				B		B							
	Estado del depósito, (sin grietas o fisuras)	B				B		B							
	Manguera de conexión	B				B		B							
	Estructura de la pistola	B				B		B							
MANTENIMIENTO O PREVENTIVO	Conexión (compresor-pistola)	B				B		B							
	Regulación de aire	B				B		B							
	Componentes externos y especialmente los internos, libres de suciedad y polvo	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
	Realiza limpieza general de la máquina, puesto que la acumulación de impurezas es frecuente debido a la absorción de aire que realiza el compresor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
El operador tiene sus EPP completos (Casco-barboquejo, gafas de seguridad, tapa oídos, delantal de carmaza, botas de seguridad, guantes de vaqueta, camisa, pantalón).		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
OBSERVACIONES GENERALES:															
NOTA IMPORTANTE: Las inspecciones pre operacional de máquina (COMPRESOR), debe realizarla un integrante de los siguientes cargos: Técnico Operativo/Conductores/ Operario/ Operario Calificado Ingeniero mecánico/ Coordinador, Profesional SST - Técnico SST.															
 FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INSPECCION				FIRMA O NOMBRE DEL ENCARGADO				 NOMBRE Y APELLIDO DE QUIEN REVISO SST							



INSPECCIÓN PRE-OPERACIONAL HERRAMIENTAS ELECTRICAS

CODIGO: FT-SST-017

FECHA: 22/07/2025

VERSION 001

Ciudad: BOGOTÁ DC Hora inicial: 11:30 PM Obra/proyecto: E. CARRERA 4 Valido entre 6 hasta: 20 de 7 año 26
Hora final: 4:30 PM Herramienta electrica: PULIDORA Marca de la herramienta: DEWALT La herramienta es Apta: ☒ SI ☐ NO
Actividad a realizar: ORC 02
Nombre de quien hizo la inspección: José Logo

SERIE D340 NUMERO B4

CRITERIOS	CRONOGRAMA																				
	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO		
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
Estado general										SI			SI								
Cable electrico en buen estado										SI			SI								
Interruptor de encendido										SI			SI								
Estado de la carcasa										SI			SI								
Guarda de seguridad										SI			SI								
Tuerca / arandela de ajuste disco										SI			SI								
Estado de ajuste de eje										SI			SI								
Escobillas												N/A			N/A						
Mando de sujeción										SI			SI								
Estado del disco y guarda										SI			SI								
Seguro del interruptor										SI			SI								
Especifico si/no para el uso de la maquina										SI			SI								

OBSERVACIONES:

FIRMA TRABAJADORES

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
José Logo	610279				SI	SI		

FIRMA DE VALIDACIÓN DIARIA

FIRMA DE RESIDENTE SST	FECHA VALIDACIÓN
	09/07/16 10/07/16

FIRMA DEL REPRESENTANTE DE COPASST Y/O BRIGADISTA



INSPECCIÓN PRE-OPERACIONAL HERRAMIENTAS ELECTRICAS

CODIGO: FT-SST-017

FECHA: 22/07/2025

VERSION 001

Ciudad: Bogotá D.C Hora inicial: 11:30 PM Obra/proyecto: E. GARCIA YA Valido entre 6 hasta: 12 De 7 año 20
Hora final: 4:30 PM Herramienta electrica: PULIDORA Marca de la herramienta: ROSTI La herramienta es Apta: ☒ SI ☐ NO

Actividad a realizar: OC Q

Nombre de quien hizo la inspección: YIBER VARGAS

SERIE

NUMERO

495

CRONOGRAMA

CRITERIOS	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO		
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
Estado general										SI			SI								
Cable electrico en buen estado										SI			SI								
Interruptor de encendido										SI			SI								
Estado de la carcasa										SI			SI								
Guarda de seguridad										SI			SI								
Tuerca / arandela de ajuste disco										SI			SI								
Estado de ajuste de eje										SI			SI								
Escobillas											N/A			N/A							
Mando de sujeción										SI			SI								
Estado del disco y guarda										SI			SI								
Seguro del interruptor										SI			SI								
Especifico si/no para el uso de la maquina										SI			SI								

OBSERVACIONES:

FIRMA TRABAJADORES

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
					<u>YIBER VARGAS</u>	<u>YIBER VARGAS</u>		

FIRMA DE VALIDACIÓN DIARIA

FIRMA DE RESIDENTE SST	FECHA VALIDACIÓN
<u>YIBER VARGAS</u>	<u>22/07/2025</u>

FIRMA DEL REPRESENTANTE DE COPASST Y/O BRIGADISTA

FORMATO CHARLAS DIARIAS

CODIGO: FT-SST-003

FECHA: 21/07/2025

VERSION: 001

PROYECTO Estación Carrera 03	FECHA INICIAL 06/07/26 HORA INICIAL 11:30 PM	FECHA FINAL 12/07/26 HORA FINAL 4:30 AM	CHARLA SEG Y AMBIENTAL /	SOCIALIZACION	INDUCCION	REINDUCCION			
FORMA DE EVALUACION			ESCRITA	VERBAL X	N° PARTICIPANTES				
NOMBRE DE LA CAPACITACION DIARIA									
LUNES USO DE EPP	MARTES Inducción y Reoperación	MIÉRCOLES Reoperación Herramienta E	JUEVES Comprobación Uso de EPP	VIERNES Prueba FOCO	SABADO	DOMINGO			
FIRMO CONSTANCIA QUE HE RECIBIDO INSTRUCCIONES SOBRE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL Y POR LO TANTO ME RESPONSABILIZO DE APLICARLOS DIARIAMENTE DURANTE EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS									
N°	NOMBRE DEL TRABAJADOR	N° DOCUMENTO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
1	Jordan Robalo	1073130335	Jordan		Jordan	Jordan	Jordan		
2	Rodrigo Fello	80067967	Rodrigo		Rodrigo	Rodrigo	Rodrigo		
3	Vanalle	1029864498	Vanalle		Vanalle	Vanalle	Vanalle		
4	Arbido (Guz)	1007354653	Arbido		Arbido	Arbido	Arbido		
5	Edison Pineda	3276480					Edison		
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
NOMBRE DEL CAPACITADOR Miguel Castro		N° CEDULA 100041135	FIRMA Miguel C.						

UNION TEMPORAL SAN DIEGO 2025		CODIGO	FT-SST-001
SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		FECHA	2025
ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO		VERSIÓN	1
1. DATOS GENERALES			
OBRA: ESTACIÓN CARRETA-53		CONTRATISTA:	
FECHA DE INICIO	06/07/26	Valido desde las	11:00 AM
FECHA DE TERMINACIÓN	12/07/26	Hora de cierre	5:00 PM
2. DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA			
DESMONTE, SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE CUBIERTA EN ESTACIONES			
3. PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE			
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	ESPACIO CONFINADO	OTRO	
INSTALACIONES ELÉCTRICAS	TRABAJO CALIENTE	¿Cual?	
RIESGOS ASOCIADOS AL PROCESO	ELEMENTOS Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) REQUERIDOS	HERRAMIENTAS DE TRABAJO	
Caídas a distinto nivel (principal riesgo). Caída de herramientas y materiales. Proyección de partículas por corte y pulido. Colapso parcial de cubierta deteriorada. Electrocución por líneas cercanas. Atrapamientos en equipos de elevación. Sobrecarga y manejo manual de cargas. Quemaduras por trabajo caliente. Riesgo químico (pinturas, desengrasantes). Riesgo biológico y ambiental por residuos	Arnés certificado con doble línea de vida y absorbedor. Casco con barbaquajo. Gafas de seguridad. Guantes anticorte y guantes de nitrilo. Botas antiderrapantes punta de acero. Overol o ropa de trabajo. Tapabocas o respirador según actividad (filtro P100). Protector auditivo. Señalización personal (chaleco reflectivo).	Andamios certificados o manlift. Eslingas, líneas de vida y anclaje certificado. Herramientas manuales y de corte (esmeril, taladro). Equipos para pintura (rodillo, pistola si aplica). Llaves, destornilladores, herramientas de montaje. Extintor ABC. KIT de derrames (para desengrasantes).	
Otros ¿Cuáles?:	Otros ¿Cuáles?:	Otros ¿Cuáles?:	
4. ANÁLISIS DE LA TAREA			
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?			
¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables?			
¿El equipo está en óptimas condiciones?			
¿Se han dispuesto extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo?			
¿La persona encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea?			
Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Controles requeridos	
Alistamiento y preparación del área, herramientas, EPP y EPCC, Demarcación y señalización del área de trabajo	Caídas a diferente nivel, tropiezos, contacto con herramientas, Ingreso de personas no autorizadas, accidentes por interferencia	Inspección previa, uso de arnés certificado, línea de vida, botas, guantes, casco y gafas, Señalización visible, cintas de demarcación, control de acceso.	
Instalación de EPCC y verificación de alturas	Caídas de altura, fallas en equipos	Revisión diaria de arnés, línea de vida, anclajes certificados	
Desmante de cubierta existente	Caída de láminas, corte, desplome parcial, atrapamientos	Línea de vida activa, corte controlado, retiro progresivo, comunicación permanente	
Retiro de canales y limpieza de estas	Atrapamientos, cortes, residuos contaminados	Guantes anticorte, manipulación segura, clasificación de residuos	
Retiro de pintura antigua y mantenimiento	Proyección de partículas, ruido, polvo	Gafas, respirador P100, tapones auditivos, control de polvo	
Aplicación de pintura (imprimante, epóxica, uretano)	Vapores tóxicos, irritación, contaminación	Ventilación natural, guantes, recipientes herméticos, derrame controlado	
Disposición final de residuos y traslado de materiales	Riesgo biológico, contaminación, desorden, caída de materiales	Clasificación en origen, bolsas/cajas etiquetadas, rutas internas definidas, EPP completo	
Instalación de cubierta tipo sandwich deck	Caída de altura, caídas de herramientas, atrapamiento	Trabajo con líneas de vida, uso de manlift y/o andamio, orden y aseo continuo	
Instalación de remates y corta goteras	Cortes, golpes, pérdida de equilibrio	Guantes anticorte, puntos de apoyo seguros	
Disposición final de residuos	Contaminación, riesgo biológico, cortes	Clasificación por tipo, entrega a gestor autorizado, certificados	
Entrega del área y retiro de señalización	Tropiezos, caída de objetos	Orden, verificación de que no queden elementos sueltos	

5. DATOS DE LA PERSONA(S) QUE DESARROLLA LA ACTIVIDAD

[illegible]

6. SUPERVISOR Y/O RESIDENTE EMISOR DEL PERMISO

NOMBRE	CEDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Markell Carbo	1000-FTB5	SST	[Signature]	/	[Signature]	[Signature]	[Signature]	/	[Signature]
NOMBRE	CEDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Rosario Galarza	80904412	ENCARGADO	[Signature]	/	[Signature]	[Signature]	[Signature]	/	[Signature]

7.OBSERVACIONES



PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

I. INFORMACIÓN DE LA SEDE A INSPECCIONAR

Ciudad/Municipio:	Bogotá		
Estación:	CARRERA 53	Portal:	NA

II. INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa):	06/07/26	Hora de Inicio (a.m./p.m.):	11:00 PM	Hora de Finalización (a.m./p.m.):	5:00 AM
Fecha de final del Trabajo (dd/mm/aaaa):	12/07/26				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Área/dependencia o sitio):	ESTACION CARRERA 53				
Descripción de la tarea a realizar:	INSTALACIÓN DE COBIERTA				
Permiso solicitado por: (Nombres y Apellidos)		No. Identificación:		Cargo:	
Permiso autorizado por: (Nombres y Apellidos)		No. Identificación:		Cargo:	

III. VIGENCIA DEL PERMISO

Vigencia del permiso: Semana del	(dd/mm/aa):	06/07/26	al	(dd/mm/aa):	12/07/26
----------------------------------	-------------	----------	----	-------------	----------

IV. CHEQUEO DE SEGURIDAD

Número de Trabajadores:	4	Herramientas a Utilizar:	Pulidora
-------------------------	---	--------------------------	----------

1. Para poder iniciar los trabajos todas las respuestas deben ser afirmativas.
2. El no llenar este permiso es violación al reglamento de higiene y seguridad industrial; dando lugar a la suspensión inmediata del trabajo.
3. El permiso aplica únicamente para un turno de trabajo.
4. Si las condiciones iniciales bajo las cuales se autoriza este permiso de trabajo cambian, se debe tramitar uno nuevo.

V. TRABAJO A REALIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Soldadura		Oxicorte		Pulidora	☒	Otro, ¿Cuál?	
-----------	--	----------	--	----------	-------------------------------------	--------------	--

VI. LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Verificación condiciones de riesgo	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El equipo y el área de trabajo están libres de sustancias peligrosas?	C			C			C			C			C								
¿Existe una adecuada ventilación que reduzca la concentración de vapores o gases?	C			C			C			C			C								
¿Se han dispuesto extintores adecuados en el sitio de trabajo, así como también los equipos contra incendios del área están disponibles y sin bloques?	C			C			C			C			C								
¿Los equipos a utilizar se encuentran correctamente conectados?	C			C			C			C			C								
¿Se han suspendido tareas vecinas que puedan afectar el trabajo?	C					NA			NA			NA			NA						
¿Se inspeccionó y verificó las condiciones seguras del equipo a utilizar?	C			C			C			C			C								
¿Se dio previo aviso al personal sobre la actividad a realizar?	C			C			C			C			C								

VII. LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA
1	Casco de seguridad	C			7	Visera o Careta	C			8	Área de trabajo delimitada	C		
2	Gafas de seguridad	C			8	Traje de Soldador	C			9	Reunión pre operacional	C		
3	Gautes (según la actividad a realizar)	C			9	Polainas para soldador	C			10	Inspección pre operacional de equipos	C		
4	Botas de seguridad	C			10	Mascara para soldar	C			11	Permiso de Trabajo en Alturas	C		
5	Respirador para polvos o humos	VP			11	Protección auditiva	C			12	Charla de Seguridad	C		
6	Respirador para vapores ácidos	VP			12	Otros, ¿Cuál?				13	Aptitud Física			

VIII. HERRAMIENTAS O EQUIPO A UTILIZAR																			
Marque con una (x) según corresponda																			
Herramientas Manuales				Herramientas Eléctricas				Andamio				Soldadura de Arco				Soldadura Autógena			
Otro, ¿Cuál?																			

IX. PRECAUCIONES DE SEGURIDAD																					
Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica																					
Precauciones de seguridad	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El personal que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	C			C			C			C			C								
¿Se han revisado los exámenes médicos ocupacionales de cada trabajador?	C			C			C			C			C								
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo?	C			C			C			C			C								
¿Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada? (alturas, energías peligrosas, espacios confinados)			NA			NA	C			C			C								
¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes?			NA			NA			NA			NA			NA			NA			
¿Se deben diligenciar otros permisos adicionales?			NA	C			C			C			C								
En caso de requerirse herramientas estas se llevan adecuadamente.	C			C			C			C			C								
Hay como mínimo una persona disponible en caso de emergencia.	C			C			C			C			C								

OBSERVACIONES:	

X. TRABAJADORES AUTORIZADOS	
He verificado con el emisor del permiso, que se cuenta con todas las medidas de seguridad posibles para realizar el trabajo de manera adecuada y segura. Declaro que me encuentro en óptimas condiciones de salud y considero seguro proceder con la ejecución de este trabajo.	

XI. FIRMA DE LOS TRABAJADORES								
Nombres y apellidos	No. Identificación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Jordan Mora	109313035							
Rodolfo Fialbo	80067767							
Juan Fialbo	102886418							
Nicolás Capas	100735102							

Firma	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Responsable de la actividad							
Encargado de SST							

XI. CANCELACION / CIERRE DEL PERMISO					
Nombres y apellidos	No. Identificación	Cargo	Fecha	Hora	Motivo

ELABORÓ MARIA CANCINA MORALES INSPECTORA DE CALIDAD Y SST	REVISÓ ALEJANDRA PINTO INGENIERA DE CALIDAD Y SST	APROBÓ ALEJANDRA PINTO INGENIERA DE CALIDAD Y SST
---	---	---

 UT SAN DIEGO <small>2026</small> <small>UT SAN DIEGO 2026</small>		SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SAN DIEGO 2026										UNION TEMPORAL																		
PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS																														
Código: FT-SST-002						Versión: 001				Fecha: 21/07/2025				Página: 1 de 1																
PROYECTO		08002				CIUDAD		Popeia				EMPRESA		UNION TEMPORAL SAN DIEGO																
TIPO DE TRABAJO		ALTURAS																												
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA		INSTALACION DE CUBIERTA																												
PERMISO		DESDE (d/m/a)				06/07/26				HASTA (d/m/a)				12/07/26				ALTURA Aprox (m):				5 mts								
HORA		DESDE (AM)				11:00 AM				HASTA (PM)				5:00 PM																
UBICACIÓN ESPECÍFICA DE LA ACTIVIDAD		ESTACION ARERA 53										NOMBRE DEL INSPECTOR SST																		
CONDICIONES Y APTITUD DEL TRABAJADOR AUTORIZADO																														
Marque Cumple (C), No Cumple (NC), No Aplica (NA) según corresponda																														
CONCEPTO A EVALUAR		TRABAJADOR 1					TRABAJADOR 2					TRABAJADOR 3					TRABAJADOR 4													
		L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	
Afiliaciones EPS, AFP, ARL al día y verificadas.		C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C										
Certificado médico vigente para trabajo en altura?		C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C										
Certificado de entrenamiento vigente para trabajo en altura?		C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C										
Conoce el procedimiento y se siente capaz de ejecutarlo?		C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C										
Se encuentra libre de efectos en el organismo por ingesta de licor o cualquier sustancia psicoactiva en las últimas 24 horas?		C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C										
Considera que su alimentación en las últimas horas le permite realizar su trabajo?		C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C										
El tiempo de sueño y de descanso previos a su trabajo le permite estar activo y ejecutar la tarea a realizar?		C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C										
La ropa de trabajo esta acorde a la actividad y se encuentra en buenas condiciones.		C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C										
Se retiró cadenas, relojes, pulseras y/o accesorios personales		C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C										
Actualmente se encuentra en algún tratamiento médico o medicación que pueda generar un riesgo para trabajo en alturas. Si la respuesta es SI indique en observaciones los medicamentos que esta usando y que puedan tener efectos adversos.		NA	NA	NA	NA	NA			NA	NA	NA	NA	NA			NA	NA	NA	NA	NA										
Conozco las normas de Seguridad y salud en el Trabajo aplicables a la labor a realizar y me comprometo a cumplirlas al igual que reportar si mi condición física o mental pueda afectar mi seguridad.		C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C										
OBSERVACIONES:																														
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS																														
Marque Cumple (C), No Cumple (NC), No Aplica (NA) según corresponda																														
EPP O EPCC A EVALUAR		TRABAJADOR 1					TRABAJADOR 2					TRABAJADOR 3					TRABAJADOR 4													
(De acuerdo a la actividad a realizar y los riesgos)		L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	
Casco de seguridad con barbuquejo mínimo 3 puntos en buen estado.		C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C										
Gafas sin rayaduras o partidas.		C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C										
Protección Auditiva		C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C										
Protección respiratoria (si aplica)		NA	NA	NA	NA	NA			NA	NA	NA	NA	NA			NA	NA	NA	NA	NA										
Botas industrial con puntera en buen estado		C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C										
Guantes en buen estado		C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C										
Punto de anclaje o Mecanismo de anclaje (por cada trabajador)		C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C										
Arnes sin cortes, costuras en buen estado, partes metálicas sin corrosión con etiqueta visible y con su certificación.		C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C										
Línea de vida Vertical en buen estado sin cortes ni deshilachada y certificada.		C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C										
Línea de vida Horizontal en buen estado sin cortes ni deshilachada y certificada.		C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C										
Mosquetones, sin corrosión y con seguros en buen funcionamiento		NA	NA	NA	NA	NA			NA	NA	NA	NA	NA			NA	NA	NA	NA	NA										
Descendadores sin corrosión y con seguros en buen funcionamiento		NA	NA	NA	NA	NA			NA	NA	NA	NA	NA			NA	NA	NA	NA	NA										
Freno y/o Arrestador sin corrosión y con seguros en buen funcionamiento		C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C										
Eslinga con absorbedor de energía (sencilla o doble), que no se está impactado, sin cortes, costuras ni deshilachar, sin corrosión, etiqueta legible y en buen estado.		C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C										
Eslinga de posicionamiento, sin cortes, costuras ni deshilachar, sin corrosión, etiqueta legible y en buen estado.		C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C										
OTROS (Indique cuáles en observaciones)																														
OBSERVACIONES:																														
1- ARNES:		1- ESLINGA:					1- ESLINGA ABSORVEDOR:					1- LINEA DE VIDA HOR:					1- LINEA DE VIDA VER:													
2- ARNES:		2- ESLINGA:					2- ESLINGA ABSORVEDOR:					2- LINEA DE VIDA HOR:					2- LINEA DE VIDA VER:													
3- ARNES:		3- ESLINGA:					3- ESLINGA ABSORVEDOR:					3- LINEA DE VIDA HOR:					3- LINEA DE VIDA VER:													
4- ARNES:		4- ESLINGA:					4- ESLINGA ABSORVEDOR:					4- LINEA DE VIDA HOR:					4- LINEA DE VIDA VER:													
OBSERVACIONES:																														
PRECAUCIONES GENERALES																														
Marque Cumple (C), No Cumple (NC), No Aplica (NA) según corresponda																														
CONCEPTO A EVALUAR		TRABAJADOR 1					TRABAJADOR 2					TRABAJADOR 3					TRABAJADOR 4													
		L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	
Procedimiento de trabajo seguro divulgado en charla preoperacional (Estándares de Seguridad)		C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C										
El centro de trabajo cuenta con brigada de emergencia		C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C										

SEÑALIZACIÓN Y DEMARCACIÓN DEL ÁREA DE TRABAJO		EQUIPOS Y HERRAMIENTAS VERIFICADOS Y EN BUENAS CONDICIONES		LISTA DE CHEQUEO PARA EQUIPOS, EPCC, EPP Y HERRAMIENTAS		ÁREA LIMPIA PARA INSTALAR EL SISTEMA DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS, ANDAMIO Y ESCALERA		PUNTOS DE ANCLAJE YA INCLUIDOS POR EL FABRICANTE EN LOS EQUIPO O MAQUINARIA		PUNTOS DE ANCLAJES PROVISIONALES POR INGENIERÍA Y DISEÑADOR ESTRUCTURAL DE MARVAL		INSPECCIÓN FORMAL PREVIA DE LOS SISTEMAS DE ACCESO DE TRABAJO DE ALTURA, ESCALERAS, ANDAMIOS Y LOS PREOPERACIONALES APLICABLES.		SE CUENTA CON EL PLAN DE EMERGENCIA Y EN ESTE ESTABLECIÓ EL PLAN DE RESCATE		CONDICIÓN ATMOSFÉRICA ADECUADA PARA DESARROLLAR LA ACTIVIDAD (NO PRESENCIA DE LUVIAS, TORMENTAS, VIENTOS FUERTES, ETC.)		CONTROL DE CAÍDA DE MATERIALES		EXISTE INTERFERENCIA CON OTRO TIPO DE TRABAJOS		OTROS (INDIQUE CUALES):																			
OTROS EQUIPOS (Marcar con X los elementos en los que se trabaja o que se cuenta)																																									
SISTEMA DE ACCESO/SALIDA REQUERIDO						EQUIPOS DE EMERGENCIA						SISTEMAS COLECTIVOS DE PREVENCIÓN																													
Escalera						Andamio						EQUIPO DE RESCATE						Medio comunicación						Barandas						Redes						Señalización					
Canastilla						Plataformas Elevador						Extintor						Otros						Líneas de Advertencia						No. Puntos de Anclaje						Otros					
Otros						Cual?						Camilla Rígida / Botiquín						Cual?						Cual?																	
HERRAMIENTAS A UTILIZAR.																																									
VALIDEZ DEL PERMISO DE TRABAJO																																									
Como persona relacionada en el permiso de trabajo ha verificado en campo con el Coordinador de Trabajo en Alturas y persona encargada de activar el plan de rescate la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo, verificando el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar y dando información real sobre los temas indagados.																																									
Si no se cumple con alguno de los ítems anteriores, se debe realizar la acción correctiva inmediatamente para proceder con la autorización del permiso de trabajo.																																									
REVALIDACIÓN DEL PERMISO																																									
"En caso de que haya algún cambio de condiciones o responsabilidades de quienes están firmando el permiso de trabajo, se debe revalidar el permiso de alturas con el Coordinador TSA"																																									
PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO																																									
NOMBRE Y APELLIDOS												CEDULA						FIRMA																							
NOMBRE Y APELLIDOS												CEDULA						FIRMA																							
PERSONA ENCARGADA DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS																																									
NOMBRE Y APELLIDOS												CEDULA						FIRMA																							
NOMBRE Y APELLIDOS												CEDULA						FIRMA																							
VERIFICACIÓN Y VALIDACIÓN DIARIA DE VIGENCIA DEL PERMISO SEGÚN FECHAS ESTABLECIDAS																																									
No	NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA																		
T1.	Ismael Huelga	1073130335																																							
T2.	Ismael Huelga	1073130335																																							
T3.	Ismael Huelga	1073130335																																							
T4.	Ismael Huelga	1073130335																																							
AYUDANTE DE SEGURIDAD			CEDULA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA																		
AYUDANTE DE SEGURIDAD			CEDULA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA																		
COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS.			CEDULA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA																		
COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS.			CEDULA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA																		
OBSERVACIONES:																																									
Nota: La revisión de las actividades se deben hacer de manera diaria por el coordinador de alturas y todos los trabajadores validando las mismas condiciones para la ejecución segura de la actividad a realizar. En caso que haya algún cambio de condiciones, o responsabilidades de quienes están firmando el permiso de trabajo, se debe proceder a cerrar este y abrir uno nuevo en responsabilidad del Coordinador de trabajo en Alturas																																									
SUSPENSIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO - COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS O INSPECTOR SYST																																									
NOTA: Se suspenderá el trabajo en alturas si se presentan condiciones atmosféricas tales como: (lluvias, tormentas, vientos fuertes etc.), o si alguno de los trabajadores pone en riesgo su vida o la de sus compañeros.																																									
SUSPENSIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO			HORA SUSPENSIÓN:	HORA SUSPENSIÓN:	HORA SUSPENSIÓN:	HORA SUSPENSIÓN:	HORA SUSPENSIÓN:	HORA SUSPENSIÓN:	HORA SUSPENSIÓN:	HORA SUSPENSIÓN:	HORA SUSPENSIÓN:	HORA SUSPENSIÓN:	HORA SUSPENSIÓN:	HORA SUSPENSIÓN:	HORA SUSPENSIÓN:	HORA SUSPENSIÓN:	HORA SUSPENSIÓN:	HORA SUSPENSIÓN:	HORA SUSPENSIÓN:	HORA SUSPENSIÓN:	HORA SUSPENSIÓN:	HORA SUSPENSIÓN:	HORA SUSPENSIÓN:																		
			HORA DE RESCATE	HORA DE RESCATE	HORA DE RESCATE	HORA DE RESCATE	HORA DE RESCATE	HORA DE RESCATE	HORA DE RESCATE	HORA DE RESCATE	HORA DE RESCATE	HORA DE RESCATE	HORA DE RESCATE	HORA DE RESCATE	HORA DE RESCATE	HORA DE RESCATE	HORA DE RESCATE	HORA DE RESCATE	HORA DE RESCATE	HORA DE RESCATE	HORA DE RESCATE	HORA DE RESCATE	HORA DE RESCATE	HORA DE RESCATE																	
OBSERVACIONES:																																									
CIERRE PERMISO DE TRABAJO - COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS																																									
CIERRE DEL PERMISO DE TRABAJO												Observaciones:																													
FECHA:																																									
HORA:																																									

 UT SAN DIEGO <small>UNIVERSITY OF TEXAS AT SAN DIEGO</small>		LISTA DE CHEQUEO ESCALERAS										<small>CODIGO: FT-587-011</small> <small>FECHA: JULIO 21 DE 2025</small> <small>VERSION: 001</small>													
PROYECTO/ OBRA: OAC 02					AREA DE TRABAJO: ESTACION CRA 53																				
TIPO DE ESCALERA					PROCESO:					DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD:															
ALUMINIO TIJERA 7		TIJERA CON PLATAFORMA			OPERARIO					INSTALACION ROBERTA															
ALUMINIO EXTENSIBLE		TELESCOPICA																							
SEMANA DEL 06 AL 12 DE 07 AÑO 2025					OBSERVACIONES:																				
MARQUE CON UNA X SEGUN CORRESPONDA																									
CONDICIONES DE SEGURIDAD					LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
					C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A
La zona esta libre de escombros, acopio de material o cualquier otro elemento					C						C			C			C								
La escalera está sin defectos, está libre de proyecciones (clavos, tornillos, etc)					C						C			C			C								
Todos los travesaños están libres de fisuras, están completos, conservan la misma distancia y están encajados					C						C			C			C								
La distancia entre la pared y el pie de la escalera deberá ser por lo menos de 1/4 de longitud de la misma.					C						C			C			C								
Hay empalme entre si de dos o mas escaleras							NA						NA			NA			NA						
La longitud máxima de la escalera simple será de cinco metros. En ningún caso sobrepasa esta medida.					C						C			C			C			C					
La distancia máxima entre travesaño será de cuarenta (40) centímetros					C						C			C			C			C					
Los travesaños deberán estar apoyados mediante largueros de la escalera y asegurados por medio tornillos.					C						C			C			C			C					
Agarrarse con ambas manos al subir o bajar.					C						C			C			C			C					
Al subir o bajar hacerlo de frente a la escalera.					C						C			C			C			C					
Si hay riesgo eléctrico se ha determinado que el material de la escalera no es eléctrico							NA						NA			NA			NA						
Elías se proyectan 1 metro arriba del punto de trabajo, por lo menos?					C						C			C			C			C					

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ESPECIFICOS																								
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ESPECIFICOS		LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO				
		C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A		
Arnes de cuerpo completo		C						C			C			C										
Eslinga (posicionamiento, en Y, sencilla)		C						C			C			C										
Casco con barbuquejo		C						C			C			C										
Gafas de seguridad		C						C			C			C										
Botas de seguridad con suela antideslizante/ dieléctricas		C						C			C			C										
Guantes de seguridad		C						C			C			C										
Otros																								
ALTURA APROXIMADA		5 mds																						
OBSERVACIONES:																								
NOMBRE DEL INSPECTOR SST QUE REALIZO LA VERIFICACION										CEDULA DEL INSPECTOR					NOMBRE TRABAJADORES					CEDULA DE LOS TRABAJADORES				
Mitchell Castro										1000094135					Leonidas Rosero					1073130255				
FIRMA DEL REPRESENTANTE DE COPASST/O BRIGADISTA																								
FIRMA DIARIA TRABAJADOR		LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO				
FIRMA DIARIA COORDINADOR TA		[Firma]			[Firma]			[Firma]			[Firma]			[Firma]			[Firma]			[Firma]				

 UT SAN DIEGO <small>905.592.3300</small>		Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo FORMATO INSPECCION EQUIPOS DE TRABAJO EN ALTURA														<small>CÓDIGO: ET-SST-004</small> <small>FECHA: 21/07/2025</small> <small>VERSION: 001</small>	
PROYECTO: E. CPA 53										ACTIVIDAD: OBC 02							
FECHA DE INICIO: 06/09/26										FECHA FINAL: 12/07/26							
INSPECCIONADO POR: Juan Fiallo										CARGO: Auxiliar							
MARCA ARNES: INSAFE										SERIE ARNES: 918							
ELEMENTO A REVISAR	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO				
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO			
ARNES	Inspección en "D" dorsal (Detección de rasguños)	SI				SI		SI		SI							
	Inspección en "D" pectoral (Detección y detección controlada)	SI				SI		SI		SI							
	Inspección en "D" lateral (Detección y detección controlada)	SI				SI		SI		SI							
	Inspección pectoral de ajuste rápido	SI				SI		SI		SI							
	Inspección pectoral de ajuste rápido	SI				SI		SI		SI							
	La resaca está libre de deterioraciones (Rasguños, cortadas, abrasiones, quemaduras o decoloración)	SI				SI		SI		SI							
	La resaca está libre de hebras sueltas o costuras rotas	SI				SI		SI		SI							
	El estado del arnés es completamente legible	SI				SI		SI		SI							
	El soporte dorsal se encuentra en buen estado sin rasguños	SI				SI		SI		SI							
MARCA ESLINGA										SERIE ESLINGA							
ESLINGA	La eslinga no presenta rasguños	SI				SI		SI		SI							
	Las hebras no presentan sin rasguños	SI				SI		SI		SI							
	La eslinga está desmontada	SI				SI		SI		SI							
	La eslinga está libre de protuberancias	SI				SI		SI		SI							
	Las hebras externas cumplen con el estándar de calidad	SI				SI		SI		SI							
	Las hebras no presentan en brechas (rasguños, cortadas o están cortadas)	SI				SI		SI		SI							
	La eslinga es visible y está en buenas condiciones	SI				SI		SI		SI							
	La cinta de la eslinga se encuentra en buen estado	SI				SI		SI		SI							
	Las hebras de la eslinga se encuentran en buenas condiciones, sin hebras rotas	SI				SI		SI		SI							
MARCA LINEA DE VIDA TIPO MANILA										SERIE LINEA DE VIDA TIPO MANILA							
LINEA DE VIDA TIPO MANILA	El cuerpo de la eslinga es uniforme, no presenta deterioraciones o quemaduras	SI				SI		SI		SI							
	Las partes cables protegen la eslinga perfectamente	SI				SI		SI		SI							
	La longitud de seguridad de los componentes expuestos se encuentra perfectamente	SI				SI		SI		SI							
	El estado es completamente legible	SI				SI		SI		SI							
REGISTRO DIARIO																	
FIRMA DEL OPERADOR																	
FOTO DEL EQUIPO INSPECCIONADO EN TRABAJO EN ALTURA																	
FIRMA DEL REPRESENTANTE DE EMPADY Y S. S. S.																	

Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo															
FORMATO INSPECCION EQUIPOS DE TRABAJO EN ALTURA												CODIGO: FT-SST-004			
												FECHA: 21/07/2025			
												VERSION: 001			
PROYECTO: ESTACION CARBONERA S3						ACTIVIDAD: 08C02									
FECHA DE INICIO: 06/07/26						FECHA FINAL: 12/07/26									
INSPECCIONADO POR: Rodolfo Frade						CARGO: Auxiliar									
MARCA ARNES: JALSAFE						SERIE ARNES: 2461									
ELEMENTO A REVISAR	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
ARNES	Angulo en "Y" dorsal (Descripción de rotas)	SI		SI		SI		SI		SI					
	Angulo en "Y" anterior (Descripción de rotas)	SI		SI		SI		SI		SI					
	Angulos en "Y" lateral (Descripción de rotas)	SI		SI		SI		SI		SI					
	El sistema de ajuste rápido	SI		SI		SI		SI		SI					
	El sistema de ajuste rápido	SI		SI		SI		SI		SI					
	La marca en la parte superior de la correa	SI		SI		SI		SI		SI					
	La marca en la parte inferior de la correa	SI		SI		SI		SI		SI					
	El sistema de ajuste rápido	SI		SI		SI		SI		SI					
	El sistema de ajuste rápido	SI		SI		SI		SI		SI					
	El sistema de ajuste rápido	SI		SI		SI		SI		SI					
ESLINGA	La eslinga no presenta averías	SI		SI		SI		SI		SI					
	Las hebras se encuentran sin abolladuras	SI		SI		SI		SI		SI					
	La eslinga está correctamente	SI		SI		SI		SI		SI					
	La eslinga está libre de contaminaciones	SI		SI		SI		SI		SI					
	Las hebras exteriores cuentan con el mismo diámetro	SI		SI		SI		SI		SI					
	Las hebras se encuentran en buenas condiciones (no presentan quemaduras o rotas)	SI		SI		SI		SI		SI					
	La etiqueta es visible y está en buenas condiciones	SI		SI		SI		SI		SI					
	La cinta de la eslinga se encuentra sin quemaduras	SI		SI		SI		SI		SI					
	Las uniones de la eslinga se encuentran en condiciones óptimas, sin hebras rotas	SI		SI		SI		SI		SI					
	Las uniones de la eslinga se encuentran en condiciones óptimas, sin hebras rotas	SI		SI		SI		SI		SI					
LÍNEA DE VIDA TIPO MANILA	El cuerpo de la eslinga es uniforme, no presenta abolladuras o quemaduras	SI		SI		SI		SI		SI					
	Las guías de cables protegen la eslinga perfectamente	SI		SI		SI		SI		SI					
	La longitud de seguridad de las eslingas cumple su función perfectamente	SI		SI		SI		SI		SI					
	El sistema es completamente legible	SI		SI		SI		SI		SI					
REGISTRO DIARIO	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO		
FIRMA DIARIA DEL OPERADOR															
VISTO BUENO COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS															
FIRMA DEL REPRESENTANTE DE COMPAÑÍA Y/O JEFATURA															

Jordan	Jordan	Jordan	Jordan	
Nelle	Nelle	Nelle	Nelle	Nelle.

UT SAN DIEGO 7074 800-847-1001		LISTA DE CHEQUEO ESCALERAS										CODIGO: FT-BST-011 FECHA: JULIO 21 DE 2025 VERSION: 001												
PROYECTO/ OBRA: DBC 02					AREA DE TRABAJO: ESTACION ORASS																			
TIPO DE ESCALERA: PLEGABLE					PROCESO: OBJETIVO					DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD: INSTALACION DE GRUETA														
ALUMINIO TIJERA		TIJERA CON PLATAFORMA			ALUMINIO EXTENSIBLE		TELESCOPICA																	
SEMANA DEL 06 AL 12 DE 07 AÑO 26					OBSERVACIONES:																			
MARQUE CON UNA X SEGUN CORRESPONDA																								
CONDICIONES DE SEGURIDAD				LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A
La zona esta libre de escombros, acopio de material o cualquier otro elemento	C						C			C			C			C								
La escalera está sin defectos, está libre de proyecciones (clavos, tornillos, etc)	C						C			C			C			C								
Todos los travesaños están libres de fisuras, están completos, conservan la misma distancia y están encajados	C						C			C			C			C								
La distancia entre la pared y el pie de la escalera deberá ser por lo menos de 1/4 de longitud de la misma.	C						C			C			C			C								
Hay empalme entre si de dos o mas escaleras			NA							NA			NA			NA								
La longitud máxima de la escalera simple será de cinco metros. En ningún caso sobrepasa esta medida.	C						C			C			C			C								
La distancia máxima entre travesaño será de cuarenta (40) centímetros	C						C			C			C			C								
Los travesaños deberán estar apoyados mediante largueros de la escalera y asegurados por medio tornillos.	C						C			C			C			C								
Agarrarse con ambas manos al subir o bajar.	C						C			C			C			C								
Al subir o bajar hacerlo de frente a la escalera.	C						C			C			C			C								
Si hay riesgo eléctrico se ha determinado que el material de la escalera no es eléctrico			NA							NA			NA			NA								
Elias se proyectan 1 metro arriba del punto de trabajo, por lo menos?	C						C			C			C			C								

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ESPECIFICOS																						
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ESPECIFICOS		LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
		C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A
Arnes de cuerpo completo		C			C			C			C			C			C			C		
Eslinga (posicionamiento en Y, sencilla)		C			C			C			C			C			C			C		
Casco con barbiquejo		C			C			C			C			C			C			C		
Gafas de seguridad		C			C			C			C			C			C			C		
Botas de seguridad con suela antideslizante/dieléctricas		C			C			C			C			C			C			C		
Guantes de seguridad		C			C			C			C			C			C			C		
Otros																						
ALTURA APROXIMADA		5 mts																				
OBSERVACIONES:																						
NOMBRE DEL INSPECTOR SST QUE REALIZA LA VERIFICACION					CEDULA DEL INSPECTOR			NOMBRE TRABAJADORES					CEDULA DE LOS TRABAJADORES									
Michel CASTRO					1000049135			RODOLFO FIALLO					80007963									
FIRMA DEL REPRESENTANTE DE COPASST/O BRIGADISTA																						
FIRMA DIARIA TRABAJADOR		LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
FIRMA DIARIA COORDINADOR TA		LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
		[Firma]			[Firma]			[Firma]			[Firma]			[Firma]			[Firma]			[Firma]		



INSPECCIÓN PRE-OPERACIONAL HERRAMIENTAS ELECTRICAS

CODIGO: FT-SST-017

FECHA: 22/07/2025

VERSION: 001

Ciudad: Pogolo

Hora inicial: 11:00 PM

Obra/proyecto: E-CPA 53

Valido entre 06 hasta: 12 De 07 año 26

Hora final: 5:00 AM

Herramienta electrica: PULIDORA

Marca de la herramienta: Newheat

La herramienta es Apta:

☒ SI

☐ NO

Actividad a realizar: OAC 02

Nombre de quien hizo la inspección: Juan Fiallo

SERIE
D763

NUMERO
31

CRITERIOS	CRONOGRAMA																				
	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO		
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
Estado general	SI						SI			SI			SI								
Cable electrico en buen estado	SI						SI			SI			SI								
Interruptor de encendido	SI						SI			SI			SI								
Estado de la carcasa	SI						SI			SI			SI								
Guarda de seguridad	SI						SI			SI			SI								
Tuerca / arandela de ajuste disco	SI						SI			SI			SI								
Estado de ajuste de eje	SI						SI			SI			SI								
Escobillas			NA						NA			NA			NA			NA			
Mando de sujeción	SI						SI			SI			SI								
Estado del disco y guarda	SI						SI			SI			SI								
Seguro del interruptor	SI						SI			SI			SI								
Especifico si/no para el uso de la maquina	SI						SI			SI			SI								

OBSERVACIONES:

FIRMA TRABAJADORES

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Juan Fiallo	102834498							

FIRMA DE VALIDACIÓN DIARIA

FIRMA DE RESIDENTE SST	FECHA VALIDACIÓN
	06/07/26
	08/07/26
	09/07/26
	10/07/26
	12/07/26

FIRMA DEL REPRESENTANTE DE COPASST Y/O BRIGADISTA



INSPECCIÓN PRE-OPERACIONAL HERRAMIENTAS ELECTRICAS

CODIGO: FT-SST-017

FECHA: 22/07/2025

VERSION 001

Ciudad: Bogotá

Hora inicial: 11:00 PM

Obra/proyecto: E. CARREPA 53 Valido entre 08 hasta 12 De 07 año 26

Hora final: 5:00 AM Herramienta electrica: PULIDORA

Marca de la herramienta: Newheat La herramienta es Apta:

Actividad a realizar: OMC 02



NO

Nombre de quien hizo la inspección: Jonathan Moreno

SERIE

NUMERO

1418

CRONOGRAMA

CRITERIOS	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO		
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
Estado general	SI						SI			SI			SI								
Cable electrico en buen estado	SI						SI			SI			SI								
Interruptor de encendido	SI						SI			SI			SI								
Estado de la carcasa	SI						SI			SI			SI								
Guarda de seguridad	SI						SI			SI			SI								
Tuerca / arandela de ajuste disco	SI						SI			SI			SI								
Estado de ajuste de eje	SI						SI			SI			SI								
Escobillas			NA						NA			NA			NA						
Mando de sujeción	SI						SI			SI			SI								
Estado del disco y guarda	SI						SI			SI			SI								
Seguro del interruptor	SI						SI			SI			SI								
Especifico si/no para el uso de la maquina	SI						SI			SI			SI								

OBSERVACIONES:

FIRMA TRABAJADORES

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Jonathan Moreno	1673130335	Jonathan		Jonathan	Jonathan	Jonathan		

FIRMA DE VALIDACIÓN DIARIA

FIRMA DE RESIDENTE SST	FECHA VALIDACIÓN
<i>[Firma]</i>	08/07/16
<i>[Firma]</i>	08/07/16
<i>[Firma]</i>	09/07/16
<i>[Firma]</i>	10/07/16
<i>[Firma]</i>	12/07/16

FRIMA DEL REPRESENTANTE DE COPASST Y/O BRIGADISTA

INSPECCIÓN PRE-OPERACIONAL HERRAMIENTAS ELECTRICAS

CODIGO: FT-SST-019

FECHA: 22/07/2025

VERSION: 001

Ciudad: Pegote

Hora inicial: 11:00 PM

Obra/proyecto: ECAS3

Valido entre 06 hasta: 17 De 07 año 26

Hora final: 5:00 AM

Herramienta electrica: TALADRO

Marca de la herramienta: Greenbest

La herramienta es Apta:

Actividad a realizar: OAC OR

☒ SI ☐ NO

Nombre de quien hizo la inspección: Rodolfo Fiallo

SERIE NUMERO

CRITERIOS	CRONOGRAMA																				
	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO		
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
SE VERIFICO EL ESTADO DE LAS CONEXIONES ELECTRICAS (CABLE, TOMA)	4						51			51			51								
SE VERIFICO ESTADO DEL MOTOR	51						51			51			51								
SE VERIFICO LA CONVERSIÓN DEL ROTOMARTILLO	51						51			51			51								
ES ACORDE EL ESTADO E INSTALACION DEL MANGO DE AGARRE	51						51			51			51								
EL ESTADO DEL MANDRIL ES ACORDE	51						51			51			51								
ESTADO GENERAL DEL TALADRO ES APTO	51						51			51			51								
EL ESTADO DE LA BROCA A UTILIZAR ES BUENO	51						51			51			51								
SUENAN PIEZAS SUELTAS EN SU INTERIOR		NO						NO			NO			NO							
SIRVE ADECUADAMENTE LA LLAVE DEL MANDRIL	4						51			51			51								
EL OPERARIO UTILIZA LOS EPP ADECUADOS PARA LA ACTIVIDAD	51						51			51			51								

OBSERVACIONES:

FIRMA TRABAJADORES

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Rodolfo Fiallo	80067967							

FIRMA DE VALIDACIÓN DIARIA

FIRMA DE RESIDENTE SST	FECHA VALIDACIÓN
	06/07/20
	08/07/20
	09/07/20
	10/07/20
	11/07/20

FRIMA DEL REPRESENTANTE DE COPASST Y/O BRIGADISTA

INSPECCIÓN PRE-OPERACIONAL HERRAMIENTAS ELECTRICAS

CODIGO: FT-SST-019

FECHA: 22/07/2025

VERSION: 001

Ciudad: Bogotá

Hora inicial: 11:00 AM

Obra/proyecto: ECA 33

Valido entre 06 hasta: 12 De 07 año 26

Hora final: 5:00 AM

Herramienta electrica: TALADRO

Marca de la herramienta: Neobest

La herramienta es Apta:

Actividad a realizar: OBC 02

☒ SI ☐ NO

Nombre de quien hizo la inspección:

Jonathan Moreno

SERIE

NUMERO

213

CRONOGRAMA

CRITERIOS	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO		
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
SE VERIFICO EL ESTADO DE LAS CONEXIONES ELECTRICAS (CABLE, TOMA)	SI						SI			SI			SI								
SE VERIFICO ESTADO DEL MOTOR	SI						SI			SI			SI								
SE VERIFICO LA CONVERSIÓN DEL ROTOMARTILLO	SI						SI			SI			SI								
ES ACORDE EL ESTADO E INSTALACION DEL MANGO DE AGARRE	SI						SI			SI			SI								
EL ESTADO DEL MANDRIL ES ACORDE	SI						SI			SI			SI								
ESTADO GENERAL DEL TALADRO ES APTO	SI						SI			SI			SI								
EL ESTADO DE LA BROCA A UTILIZAR ES BUENO	SI						SI			SI			SI								
SUENAN PIEZAS SUELTAS EN SU INTERIOR		NO						NO			NO			NO							
SIRVE ADECUADAMENTE LA LLAVE DEL MANDRIL	SI						SI			SI			SI								
EL OPERARIO UTILIZA LOS EPP ADECUADOS PARA LA ACTIVIDAD	SI						SI			SI			SI								

OBSERVACIONES:

FIRMA TRABAJADORES

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
<u>Jonathan Moreno</u>	<u>107313935</u>	<u>Jonathan</u>		<u>Jonathan</u>	<u>Jonathan</u>	<u>Jonathan</u>		

FIRMA DE VALIDACIÓN DIARIA

FIRMA DE RESIDENTE SST								
FECHA VALIDACIÓN	<u>09/07/26</u>	<u>09/07/26</u>	<u>09/07/26</u>	<u>09/07/26</u>	<u>09/07/26</u>	<u>09/07/26</u>	<u>09/07/26</u>	<u>09/07/26</u>

FRIMA DEL REPRESENTANTE DE COPASST Y/O BRIGADISTA



UT SAN DIEGO
2026
NIT 901.937.001

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL EXTENSIÓN ELECTRICA

CODIGO: FT-SST-038

FECHA: 25/07/2025

VERSION: 001

NOMBRE DEL OPERADOR DEL EQUIPO: Podotto #19110

EXTENSIÓN No.

2

SEMANA DEL 06/07/20

AL

12/07/20

MES

Julio

DEL AÑO

2020

PROYECTO:

CARRERA 53

TORRE:

NA

CONDICIONES DE SEGURIDAD

LUNES

MARTES

MIERCOLES

JUEVES

VIERNES

SABADO

DOMINGO

C

NC

NA

C

NC

NA

C

NC

NA

C

NC

NA

C

NC

NA

C

NC

NA

C

NC

NA

La extensión eléctrica indica el voltaje de corriente en la que se puede utilizar?

C

La extensión eléctrica cuenta con la conexión polo a tierra?

C

El cable de la extensión eléctrica se encuentra en buenas condiciones libre?

C

Los enchufes están en buenas condiciones de uso sin trozaduras o quiebres?

C

El largo de la extensión está de acuerdo a lo requerido en el área de trabajo?

C

Su aislación está en buen estado (sin cortes, ni cables expuestos, etc)?

C

La conexión macho-hembra tienen cables a la vista?

C

NA

NA

NA

NA

Las cajas de enchufes múltiples están protegidas contra golpes?

C

La extensión eléctrica no están expuestas a humedad y se encuentran bajo techo?

C

FIRMA DIARIA DEL OPERADOR

LUNES

MARTES

LUNES

FIRMA DIARIA SST

MARTES

MIÉRCOLES

JUEVES

VIERNES

SABADO

DOMINGO

DESCRIPCION DEL HALLAZGO

IDENTIFICACION DE ANALISIS DE CAUSA

ACCION TOMADA

FIRMA DEL ENCARGADO.

 UT SAN DIEGO <small>2026</small> <small>MIT 601.957 528 1</small>	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL EXTENSIÓN ELÉCTRICA	CODIGO: FT-SST-038 FECHA: 25/07/2025 VERSION: 001																																																																																																																																																																																																																																								
NOMBRE DEL OPERADOR DEL EQUIPO: <u>Jonathan Moreno</u>		EXTENSIÓN No. <u>1</u>																																																																																																																																																																																																																																								
SEMANA DEL <u>03</u> AL <u>12</u> MES <u>07</u> DEL AÑO <u>26</u>																																																																																																																																																																																																																																										
PROYECTO: <u>ESTACION CRA-53</u>		TORRE:																																																																																																																																																																																																																																								
CONDICIONES DE SEGURIDAD	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th colspan="3">LUNES</th> <th colspan="3">MARTES</th> <th colspan="3">MIÉRCOLES</th> <th colspan="3">JUEVES</th> <th colspan="3">VIERNES</th> <th colspan="3">SABADO</th> <th colspan="3">DOMINGO</th> </tr> <tr> <th>C</th><th>NC</th><th>NA</th> <th>C</th><th>NC</th><th>NA</th> <th>C</th><th>NC</th><th>NA</th> <th>C</th><th>NC</th><th>NA</th> <th>C</th><th>NC</th><th>NA</th> <th>C</th><th>NC</th><th>NA</th> <th>C</th><th>NC</th><th>NA</th> </tr> <tr> <td>C</td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C</td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C</td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C</td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C</td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td>NA</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td>NA</td> <td></td><td></td><td>NA</td> <td></td><td></td><td>NA</td> <td></td><td></td><td>NA</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td>NA</td> <td></td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C</td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																								LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C						C			C			C									C						C			C			C									C						C			C			C									C						C			C			C									C						C			C			C											NA						NA			NA			NA			NA						NA				C			C			C									C						C			C			C								
LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO																																																																																																																																																																																																																								
C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA																																																																																																																																																																																																																						
C						C			C			C																																																																																																																																																																																																																														
C						C			C			C																																																																																																																																																																																																																														
C						C			C			C																																																																																																																																																																																																																														
C						C			C			C																																																																																																																																																																																																																														
C						C			C			C																																																																																																																																																																																																																														
		NA						NA			NA			NA			NA																																																																																																																																																																																																																									
		NA				C			C			C																																																																																																																																																																																																																														
C						C			C			C																																																																																																																																																																																																																														
La extensión eléctrica indica el voltaje de corriente en la que se puede utilizar?																																																																																																																																																																																																																																										
La extensión eléctrica cuenta con la conexión polo a tierra?																																																																																																																																																																																																																																										
El cable de la extensión eléctrica se encuentra en buenas condiciones libre?																																																																																																																																																																																																																																										
Los enchufes están en buenas condiciones de uso sin trozaduras o quiebres?																																																																																																																																																																																																																																										
El largo de la extensión está de acuerdo a lo requerido en el área de trabajo?																																																																																																																																																																																																																																										
Su aislación está en buen estado (sin cortes, ni cables expuestos, etc)?																																																																																																																																																																																																																																										
La conexión macho-hembra tienen cables a la vista?																																																																																																																																																																																																																																										
Las cajas de enchufes múltiples están protegidas contra golpes?																																																																																																																																																																																																																																										
La extensión eléctrica no están expuestas a humedad y se encuentran bajo techo?																																																																																																																																																																																																																																										
FIRMA DIARIA DEL OPERADOR												FIRMA DIARIA SST																																																																																																																																																																																																																														
LUNES Jonathan						MARTES 						LUNES Mell C.						MARTES AA																																																																																																																																																																																																																								
MIÉRCOLES Jonathan						JUEVES Jonathan						MIÉRCOLES Mell C.						JUEVES Mell C.																																																																																																																																																																																																																								
VIERNES Jonathan						SABADO 						VIERNES Mell C.						SABADO 																																																																																																																																																																																																																								
DOMINGO 						DOMINGO 						DOMINGO 						DOMINGO 																																																																																																																																																																																																																								
DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO												IDENTIFICACIÓN DE ANÁLISIS DE CAUSA																																																																																																																																																																																																																														
FIRMA DEL ENCARGADO.																																																																																																																																																																																																																																										

FORMATO CHARLAS DIARIAS

CODIGO: FT-9ST-003

FECHA: 21/07/2025

VERSION: 001

PROYECTO Estación Carpa ST	FECHA INICIAL 29/06/26 HORA INICIAL 11:30 PM	FECHA FINAL 05/07/26 HORA FINAL 4:30 AM	CHARLA SEG Y AMBIENTAL	SOCIALIZACION	INDUCCION	REINDUCCION
FORMA DE EVALUACION			ESCRITA	VERBAL	N° PARTICIPANTES	

NOMBRE DE LA CAPACITACION DIARIA						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
	Trabajo en Alturas	Preoperacional Andarillo móvil	Preoperacional Herramientas eléctricas	Preoperacional Escaleras		

FIRMO CONSTANCIA QUE HE RECIBIDO INSTRUCCIONES SOBRE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL Y POR LO TANTO ME RESPONSABILIZO DE APLICARLOS DIARIAMENTE DURANTE EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS

N°	NOMBRE DEL TRABAJADOR	N° DOCUMENTO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
1	Rodolfo Fiallo	80067967	/	/	/	/	/	/	/
2	Fredy Casella	79721341	/	/	/	/	/	/	/
3	Oscar El Muro	86007838	/	/	/	/	/	/	/
4	Juan Fiallo	1028864498	/	/	/	/	/	/	/
5	Jonathan Muro	1073430335	/	Jonathan	/	Jonathan	Jonathan	/	/
6	Edison Pineda	3276480	/	/	/	Felipe	Felipe	/	/
7	Nicolás Casas	1007354653	/	/	/	Thays	Thays	/	/
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
Miguel Castro		100004105	Miguel						
NOMBRE DEL CAPACITADOR		N° CEDULA	FIRMA						

		UNION TEMPORAL SAN DIEGO 2025		CÓDIGO	FT-001-05
		SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		FECHA	2025
		ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO		VERSIÓN	1

I. DATOS GENERALES					
OBRA: ESTACION CP. 51			CONTRATISTA		
FECHA DE INICIO	2/6/16	Valido desde las	1:30	AM	A las
FECHA DE TERMINACIÓN	15/07/16	Hora de cierre		PM	

II. DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA					
DESMONTE, SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE CUBIERTA EN ESTACIONES					
III. PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE					
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	☒	ESQUEJO CONFIRMADO	☐	OTRO	☐
INSTALACIONES ELÉCTRICAS	☐	TRABAJO CALIENTE	☐	OTRO	☐

RIESGOS ASOCIADOS AL PROCESO	ELEMENTOS Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) REQUERIDOS	HERRAMIENTAS DE TRABAJO
Caídas a distinto nivel (principal riesgo). Caída de herramientas y materiales. Proyección de partículas por corte y pulido. Colapso parcial de cubierta deteriorada. Electroshock por líneas cercanas. Atrapamientos en equipos de elevación. Sobreesfuerzo y manejo manual de cargas. Quemaduras por trabajo caliente. Riesgo químico (pinturas, desengrasantes). Riesgo biológico y ambiental por residuos	Arnés certificado con doble línea de vida y absorbedor. Casco con barbuquejo. Gafas de seguridad. Guantes anticorte y guantes de nitrilo. Botas antideslizantes punta de acero. Overol o ropa de trabajo. Tapabocas o respirador según actividad (filtro P100). Protector auditivo. Señalización personal (chaleco reflectivo).	Andamios certificados o manlift. Eslingas, líneas de vida y anclaje certificado. Herramientas manuales y de corte (esmeril, taladro). Equipos para pintura (rodillo, pistola si aplica). Llaves, destornilladores. Herramientas de montaje. Extintor ABC. Kit de derrames (para desengrasantes).
Otros ¿Cuáles?:	Otros ¿Cuáles?:	Otros ¿Cuáles?:

IV. ANÁLISIS DE LA TAREA	
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	Botas, Casco, Guantes, Gafas, etc.
¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables?	SI
¿El equipo está en óptimas condiciones?	SI
¿Se han dispuesto extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo?	SI
¿La persona encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea?	SI

Pesos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Controles requeridos
Alistamiento y preparación del área, herramientas, EPP y EPCC, Demarcación y señalización del área de trabajo	Caídas a diferente nivel, tropiezos, contacto con herramientas, Ingreso de personas no autorizadas, accidentes por interferencia	Inspección previa, uso de arnés certificado, línea de vida, botas, guantes, casco y gafas, Señalización visible, cintas de demarcación, control de acceso.
Instalación de EPCC y verificación de alturas	Caídas de altura, fallas en equipos	Revisión diaria de arnés, línea de vida, anclajes certificados
Desmonte de cubierta existente	Caída de láminas, corte, desplome parcial, atrapamientos	Línea de vida activa, corte controlado, retiro progresivo, comunicación permanente
Retiro de canales y limpieza de estas	Atrapamientos, cortes, residuos contaminados	Guantes anticorte, manipulación segura, clasificación de residuos
Retiro de pintura antigua y mantenimiento	Proyección de partículas, ruido, polvo	Gafas, respirador P100, tapones auditivos, control de polvo
Aplicación de pintura (imprimante, epóxica, uretano)	Vapores tóxicos, irritación, contaminación	Ventilación natural, guantes, recipientes herméticos, derrame controlado
Disposición final de residuos y traslado de materiales	Riesgo biológico, contaminación, desorden, caída de materiales	Clasificación en origen, bolsas/cajas etiquetadas, rutas internas definidas, EPP completo
Instalación de cubierta tipo sandwich deck	Caída de altura, caídas de herramientas, atrapamiento	Trabajo con líneas de vida, uso de manlift y/o andamio, orden y aseo continuo
Instalación de remates y corta goteras	Cortes, golpes, pérdida de equilibrio	Guantes anticorte, puntos de apoyo seguros
Disposición final de residuos	Contaminación, riesgo biológico, cortes	Clasificación por tipo, entrega a gestor autorizado, certificados
Entrega del área y retiro de señalización	Tropiezos, caída de objetos	Orden, verificación de que no queden elementos sueltos

5. DATOS DE LA PERSONA(S) QUE DESARROLLA LA ACTIVIDAD

[illegible]

6. SUPERVISOR Y/O RESIDENTE EMISOR DEL PERMISO

<i>M. del</i>	NOMBRE	CEDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
<i>Castro</i>		<i>1000049135</i>	<i>SST</i>		<i>M. del</i>	<i>M. del</i>	<i>M. del</i>	<i>M. del</i>		<i>M. del</i>
	NOMBRE	CEDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
<i>Pablo</i>	<i>Florez</i>	<i>1021122140</i>	<i>ENCARGADO</i>	<i>P. Flore</i>	<i>Pablo Flore</i>	<i>Pablo Flore</i>	<i>Pablo Flore</i>	<i>Pablo Flore</i>		

7.OBSERVACIONES

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

I. INFORMACIÓN DE LA SEDE A INSPECCIONAR

Ciudad/Municipio:	Bogotá D.C.	Estación:	Calle 53.	Portal:	N/A
-------------------	-------------	-----------	-----------	---------	-----

II. INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa):	01/01/26	Hora de Inicio (a.m./p.m.):	11:30 PM	Hora de Finalización (a.m./p.m.):	4:30 AM
Fecha de final del Trabajo (dd/mm/aaaa):	05/01/26				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Área/dependencia o sitio):	UABON 1.				
Descripción de la tarea a realizar:	OBC 02				
Permiso solicitado por: (Nombres y Apellidos):	Jordan Moreno	No. Identificación:	643130335	Cargo:	Instalador
Permiso autorizado por: (Nombres y Apellidos):	Marcelino Castro	No. Identificación:	1000044135	Cargo:	Est

III. VIGENCIA DEL PERMISO

Vigencia del permiso: Semana del	(dd/mm/aa):	01/01/26	al	(dd/mm/aa):	05/01/26
----------------------------------	-------------	----------	----	-------------	----------

IV. CHEQUEO DE SEGURIDAD

Número de Trabajadores:		Herramientas a Utilizar:	Pulidora.
-------------------------	--	--------------------------	-----------

1. Para poder iniciar los trabajos todas las respuestas deben ser afirmativas.
2. El no llenar este permiso es violación al reglamento de higiene y seguridad Industrial; dando lugar a la suspensión inmediata del trabajo.
3. El permiso aplica únicamente para un turno de trabajo.
4. Si las condiciones iniciales bajo las cuales se autoriza este permiso de trabajo cambian, se debe tramitar uno nuevo.

V. TRABAJO A REALIZAR

Marque con una (x) según corresponda

Soldadura		Oxicorte		Pulidora	☒	Otro, ¿Cuál?	
-----------	--	----------	--	----------	-------------------------------------	--------------	--

VI. LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Verificación condiciones de riesgo	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El equipo y el área de trabajo están libres de sustancias peligrosas?										C			C								
¿Existe una adecuada ventilación que reduzca la concentración de vapores o gases?										C			C								
¿Se han dispuesto extintores adecuados en el sitio de trabajo, así como también los equipos contra incendios del área están disponibles y sin bloqueos?										C			C								
¿Los equipos a utilizar se encuentran correctamente conectados?										C			C								
¿Se han suspendido tareas vecinas que puedan afectar el trabajo?										C			C								
¿Se inspeccionó y verificó las condiciones seguras del equipo a utilizar?										C			C								
¿Se dio previo aviso al personal sobre la actividad a realizar?										C			C								

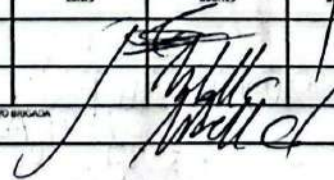
VII. LISTA DE CHEQUEO

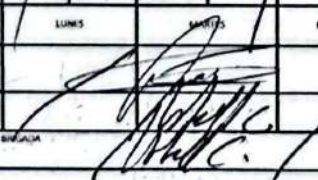
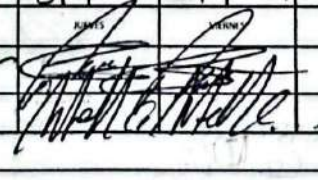
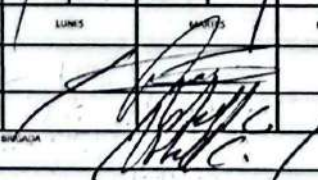
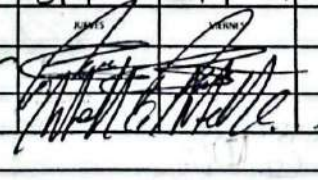
Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA
1	Casco de seguridad				7	Visera o Careta				8	Área de trabajo delimitada			
2	Gafas de seguridad				8	Traje de Soldador				9	Reunión pre operacional			
3	Gantes (según la actividad a realizar)				9	Polainas para soldador				10	Inspección pre operacional de equipos			
4	Botas de seguridad				10	Mascara para soldar				11	Permiso de Trabajo en Alturas			
5	Respirador para polvos o humos				11	Protección auditiva				12	Charla de Seguridad			
6	Respirador para vapores ácidos				12	Otros, ¿Cuál?				13	Aptitud Física			

[illegible]

HISTORIA DE EXISTENCIA DE LESIONES Y SALUD EN EL TRABAJO		SAN DIEGO 2008		UNION TEMPORAL																				
PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS																								
Código: FT-557-003		Versión: 001		Fecha: 21/07/2008																				
Página: 1 de 1																								
PROYECTO	Estación Cu 51		Ciudad	Vogotm																				
TIPO DE TRABAJO	ALTURAS																							
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA	OPC 02																							
PERMISO	DESDE (d/m/a)	09/06/10	HASTA (d/m/a)	05/07/10	ALTURA Aprox (m)																			
HORA	DESDE (AM)	11:30 PM	HASTA (PM)	4:30 PM	5 mks																			
UBICACIÓN ESPECÍFICA DE LA ACTIVIDAD	WAGON 1		NOMBRE DEL INSPECTOR SST	Michelel Castro																				
CONDICIONES Y APTITUD DEL TRABAJADOR AUTORIZADO																								
Marque Cumple (C), No Cumple (NC), No Aplica (NA) según corresponda																								
CONCEPTO A EVALUAR	TRABAJADOR 1		TRABAJADOR 2		TRABAJADOR 3																			
	L	M	J	V	S	D	L	M	J	V	S	D	L	M	J	V	S	D	L	M	J	V	S	D
Afiliación EPS, AFP, ARL al día y verificadas.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		
Certificado médico vigente para trabajo en altura?	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		
Certificado de entrenamiento vigente para trabajo en altura?	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		
Conoce el procedimiento y se siente capaz de ejecutarlo?	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		
Se encuentra libre de efectos en el organismo por ingesta de licor o cualquier sustancia psicoactiva en las últimas 24 horas?	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		
Considera que su alimentación en las últimas horas le permite realizar su trabajo?	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		
El tiempo de sueño y de descanso previos a su trabajo le permite estar activo y ejecutar lo que se le requiere?	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		
La ropa de trabajo está acorde a la actividad y se encuentra en buenas condiciones	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		
Se retiró cadenas, relojes, pulseras y/o accesorios personales	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		
Actualmente se encuentra en algún tratamiento médico o medicación que pueda generar un riesgo para trabajo en altura. Si la respuesta es SI indique en observaciones los medicamentos que está usando y que puedan tener efectos adversos.	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA		
Conoce las normas de Seguridad y salud en el Trabajo aplicables a la labor a realizar y me comprometo a cumplirlas al igual que reportar si mi condición física o mental pueda afectar mi seguridad.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		
OBSERVACIONES:																								
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS																								
Marque Cumple (C), No Cumple (NC), No Aplica (NA) según corresponda																								
EPP O EPCC A EVALUAR	TRABAJADOR 1		TRABAJADOR 2		TRABAJADOR 3																			
(De acuerdo a la actividad a realizar y los riesgos)	L	M	J	V	S	D	L	M	J	V	S	D	L	M	J	V	S	D	L	M	J	V	S	D
Casco de seguridad con barbuquejo mínimo 3 puntos en buen estado.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		
Gafas sin rayaduras o partidos.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		
Protección Auditiva	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		
Protección respiratoria (si aplica)	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		
Botas industrial con puntera en buen estado	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		
Guantes en buen estado	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		
Punto de anclaje o Mecanismo de anclaje (por cada trabajador)	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		
Arnés sin cortes, costuras en buen estado, partes metálicas sin corrosión con etiqueta visible y con su certificación.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		
Línea de vida Vertical en buen estado sin cortes ni deshilachada y certificada.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		
Línea de vida Horizontal en buen estado sin cortes ni deshilachada y certificada.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		
Mosquetones, sin corrosión y con seguros en buen funcionamiento	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		
Descendentes sin corrosión y con seguros en buen funcionamiento	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		
Freno y/o Arrestador sin corrosión y con seguros en buen funcionamiento	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		
Eslinga con absorbedor de energía (sencilla o doble), que no se ató impactado, sin cortes, costuras si deshilachar, sin corrosión, etiqueta legible y en buen estado	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		
Eslinga de posicionamiento, sin cortes, costuras si deshilachar, sin corrosión, etiqueta legible y en buen estado.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		
OTROS (indique cuáles en observaciones)																								
OBSERVACIONES:																								
1- ARNES:	1- ESLINGA:	1- ESLINGA ABSORVEDOR:	1- LINEA DE VIDA HOR:	1- LINEA DE VIDA VER:																				
2- ARNES:	2- ESLINGA:	2- ESLINGA ABSORVEDOR:	2- LINEA DE VIDA HOR:	2- LINEA DE VIDA VER:																				
3- ARNES:	3- ESLINGA:	3- ESLINGA ABSORVEDOR:	3- LINEA DE VIDA HOR:	3- LINEA DE VIDA VER:																				
4- ARNES:	4- ESLINGA:	4- ESLINGA ABSORVEDOR:	4- LINEA DE VIDA HOR:	4- LINEA DE VIDA VER:																				
OBSERVACIONES:																								
PRECAUCIONES GENERALES																								
Marque Cumple (C), No Cumple (NC), No Aplica (NA) según corresponda																								
CONCEPTO A EVALUAR	TRABAJADOR 1		TRABAJADOR 2		TRABAJADOR 3																			
	L	M	J	V	S	D	L	M	J	V	S	D	L	M	J	V	S	D	L	M	J	V	S	D
Procedimiento de trabajo seguro divulgado en charla preoperacional (Estándares de Seguridad)	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		
El centro de trabajo cuenta con brigada de emergencia	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		

 ET SAN DIEGO <small>2024</small> <small>REV. 001-001-001</small>		Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo FORMATO INSPECCION EQUIPOS DE TRABAJO EN ALTURA														FORMA ET-SST-001 FECHA: 21/07/2025 VERSION: 001		
PROYECTO: <i>Estación (ca. 5-)</i>					ACTIVIDAD: <i>OK 02</i>													
FECHA DE INICIO: <i>29/06/26</i>					FECHA FINAL: <i>05/07/26</i>													
INSPECCIONADO POR: <i>Juan + Gallo</i>					CARGO: <i>Declarar</i>													
MARCA ARNES: <i>TECH</i>					SERIE ARNES: <i>230</i>													
ELEMENTO A REVISAR	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO					
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
ARNES	Agudo en "D" dorsal (Puntera de alfiler)			SI				SI		SI								
	Agudo en "D" pectoral (Dorsales y Dorsales controlados)			SI				SI		SI								
	Agudo en "D" dorsal (Dorsales controlados)			SI				SI		SI								
	Elaboración de ajuste rápido			SI				SI		SI								
	Elaboración pectoral de ajuste rápido			SI				SI		SI								
	La malla entre líneas de drenaje/huertas, hilos, roscas, corchetes, abrochones, gomas, o descomposición			SI				SI		SI								
	La malla entre líneas, huertas o corchetes, roscas			SI				SI		SI								
	El estado del arnés en completamente legible			SI				SI		SI								
	El soporte dorsal se encuentra en buen estado de altura			SI				SI		SI								
	MARCA CUELLO																	
ESLINGA	La eslinga no presenta errores			SI				SI		SI								
	Los hilos se encuentran sin roturas			SI				SI		SI								
	La eslinga está desmontada			SI				SI		SI								
	La eslinga está libre de protuberancias			SI				SI		SI								
	Los hilos están bien sujetos con el sistema de ajuste			SI				SI		SI								
	Los hilos se encuentran en buenas condiciones (no presentan protuberancias o están cortados)			SI				SI		SI								
	La etiqueta es visible y está en buenas condiciones			SI				SI		SI								
	La cinta de la eslinga se encuentra en buena condición			SI				SI		SI								
	Los ojos de la eslinga se encuentran en buenas condiciones (no están cortados, sin hilos rotos)			SI				SI		SI								
	MARCA LINEA DE VIDA TIPO MANILA																	
LINEA DE VIDA TIPO MANILA	El cuerpo de la eslinga es uniforme, no presenta deshilachadura o quemaduras			SI				SI		SI								
	Los ganchos cubren protegen la eslinga perfectamente			SI				SI		SI								
	La longitud de seguridad de los conectores se ajustan su función perfectamente			SI				SI		SI								
	El estado es completamente legible			SI				SI		SI								
REGISTRO DIARIO		LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO				
FIRMA DEL OPERADOR		 																
VISTO BUENO COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS																		
FIRMA DEL REPRESENTANTE DE COPASS Y JO BODAGIA																		

Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo															
FORMATO INSPECCIÓN EQUIPOS DE TRABAJO EN ALTURA															
												CÓDIGO: FT-SST-004 FECHA: 21/07/2025 VERSIÓN: 001			
PROYECTO: Estación CR. 57 FECHA DE INICIO: 10/06/26 INSPECCIONADO POR: Dabito #1110 MARCA ARNES: Insate												ACTIVIDAD: OBC 02 FECHA FINAL: 05/07/26 CARGO: Oficial SERIE ARNES: 17842			
ELEMENTO A REVISAR	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
ARNES	Agudo en "D" dorsal (dirección de caída)			SI				SI		SI					
	Agudo en "D" pectoral (dorsales y dorsales controlados)			SI				SI		SI					
	Agudo en "D" lateral (dorsales controlados)			SI				SI		SI					
	Estado puntas de ajuste rápido			SI				SI		SI					
	Estado puntas de ajuste rápido			SI				SI		SI					
	La zona entre líneas de desdoblamiento, filos, cintas, correa, abrochadores, cremalleras y desdoblamiento			SI				SI		SI					
	La zona entre líneas hechas vueltas o estructuras metálicas			SI				SI		SI					
	El estado del arnés en cumplimiento reglamento			SI				SI		SI					
	El soporte dorsal se encuentra en buen estado de uso			SI				SI		SI					
MARCA CUELLO															
CUELLO	La etiqueta no presenta errores			SI				SI		SI					
	Los hilos se encuentran en buenas condiciones			SI				SI		SI					
	La etiqueta está desdoblada			SI				SI		SI					
	La etiqueta entre líneas de desdoblamiento			SI				SI		SI					
	Los hilos externos cumplen con el tamaño adecuado			SI				SI		SI					
	Los hilos se encuentran en buenas condiciones (sin presentar oxidación o estar cortados)			SI				SI		SI					
	La etiqueta es visible y está en buenas condiciones			SI				SI		SI					
	La cinta de la etiqueta se encuentra en buenas condiciones			SI				SI		SI					
	Los hilos de la etiqueta se encuentran en buenas condiciones (sin presentar oxidación o estar cortados)			SI				SI		SI					
MARCA LÍNEA DE VIDA TIPO MANILA															
LÍNEA DE VIDA TIPO MANILA	El cuerpo de la línea en uniforme, no presenta desdoblamiento o quemaduras			SI				SI		SI					
	Los guantes cubren por completo la línea perfectamente			SI				SI		SI					
	La longitud de seguridad de los resguardos ajustan su función perfectamente			SI				SI		SI					
	El estado es cumplimiento reglamento			SI				SI		SI					
MARCA LÍNEA DE VIDA TIPO MANILA															
REGISTRO DIARIO LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES SÁBADO DOMINGO															
FIRMA DEL OPERADOR  															
FIRMA DEL REPRESENTANTE DE CORPSS Y JO BURGOS  															

Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo														
FORMATO INSPECCION EQUIPOS DE TRABAJO EN ALTURA														
UT SAN DIEGO		COORD: FT-SST-004												
FECHA: 21/07/2025		FECHA: 21/07/2025												
VERSION: 001		VERSION: 001												
PROYECTO: ESTACION CARRETERA ST							ACTIVIDAD: ORC 02							
FECHA DE INICIO: 29/06/26							FECHA FINAL: 05/07/26							
INSPECCIONADO POR: Joaquin Hureno							CARGO: Oficial							
MARCA ARNES: ECT							SERIE ARNES: 413							
ELEMENTO A REVISAR	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
ARNES	Angulo en "O" dorsal (Inversión de cables)			SI				SI		SI				
	Angulo en "O" pectoral (Diseño y descensos controlados)			SI				SI		SI				
	Angulos en "O" lateral (Desconexiones)			SI				SI		SI				
	El diseño permite de ajuste rápido			SI				SI		SI				
	El diseño permite de ajuste rápido			SI				SI		SI				
	La malla está libre de deshilachaduras, filos rotos, cortados, abrasiones, quemaduras o deterioración			SI				SI		SI				
	La malla está libre de hebras sueltas o costuras rotas			SI				SI		SI				
	El estado del arnés es completamente legible			SI				SI		SI				
El soporte dorsal se encuentra en buen estado sin roturas			SI				SI		SI					
MARCA ESLINGA							SERIE ESLINGA							
ESLINGA	La eslinga no presenta estrías			SI				SI		SI				
	Los hilos se encuentran sin abolladuras			SI				SI		SI				
	La eslinga está desmenuzada			SI				SI		SI				
	La eslinga está libre de producciones			SI				SI		SI				
	Los hilos externos cuentan con el mismo diámetro			SI				SI		SI				
	Los hilos se encuentran en buenas condiciones (no presentan quemaduras o están cortados)			SI				SI		SI				
	La atapeque en estado y está en buenas condiciones			SI				SI		SI				
	La cinta de la eslinga se encuentra sin quemaduras			SI				SI		SI				
Los ojos de la eslinga se encuentran en condiciones óptimas, sin hilos rotos			SI				SI		SI					
MARCA LINEA DE VIDA TIPO MANILA							SERIE LINEA DE VIDA TIPO MANILA							
LINEA DE VIDA TIPO MANILA	El cuerpo de la eslinga es uniforme, no presenta deshilachaduras o quemaduras			SI				SI		SI				
	Los guarda cables protegen la eslinga perfectamente			SI				SI		SI				
	La argolla de seguridad de los anclajes operan su función perfectamente			SI				SI		SI				
	El estado es completamente legible			SI				SI		SI				
REGISTRO DIARIO														
LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO		
FIRMA DIARIA DEL OPERADOR		Joaquin				Joaquin		Joaquin						
FOTO DEL COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS		Joaquin				Joaquin		Joaquin						
FIRMA DEL REPRESENTANTE DE COPASS Y ASURADA		Joaquin				Joaquin		Joaquin						

 UT SAN DIEGO	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL PLANTA ELÉCTRICA		Código: FT-SST-046					
			Versión: 1					
			Fecha de Emisión: 22/082025					
PROYECTO		Estación Carretera SA						
MARCA		Forte						
FECHA INSPECCIÓN (Semana)		del (dd/mm/aa) 29/06/26 al (dd/mm/aa) 05/07/26						
Marque en las casillas con la letra según corresponda, C (CUMPLE) NC (NO CUMPLE) N/A (NO APLICA)								
1. LUCES		DÍAS					OBSERVACIONES	
		LU	MA	MI	JU	VI		SA
1,1	Verificar nivel de agua de radiador	/	C	/	C	C	/	/
1,2	Verificar nivel de aceite del motor	/	C	/	C	C	/	/
1,3	Revisar nivel del tanque de combustible	/	C	/	C	C	/	/
1,4	Revisión de tubo de escape	/	C	/	C	C	/	/
1,5	Verificar la limpieza y estado del filtro de aire	/	C	/	C	C	/	/
1,6	Verificar sistema de inyección de combustible	/	C	/	C	C	/	/
2. ESTADO GENERAL		DÍAS					OBSERVACIONES	
		LU	MA	MI	JU	VI		SA
2,1	Verificar ajuste de tuercas y tornillos	/	C	/	C	C	/	/
2,2	Sistema de arranque (yoyo)	/	C	/	C	C	/	/
2,3	Sistema eléctrico	/	C	/	C	C	/	/
2,4	Verificación de correas	/	C	/	C	C	/	/
2,5	Verificación de guardas	/	C	/	C	C	/	/
2,6	Revisión de fugas de combustible	/	C	/	C	C	/	/
2,7	Revisión de fugas de agua	/	C	/	C	C	/	/
2,8	Revisión de fugas de aceite	/	C	/	C	C	/	/
2,9	Realizar limpieza del equipo	/	C	/	C	C	/	/
El siguiente ítem se evaluará semanalmente y lo evaluará el Jefe Inmediato o SST de Campo (Marque en la casilla SI o NO según corresponda)								
3. FACTORES HUMANOS		CUMPLE		OBSERVACIONES				
		SI	NO					
3,1	Cumple con las instrucciones de Operatividad de la planta?	SI						
3,2	El operador usa de manera adecuada los EPP cuando esta haciendo uso del equipo	SI						
3,3	El operador reporta actos y condiciones inseguras / seguras		NO					
FIRMA NOMBRE C.C		INSPECCIONÓ		Vo.Bo Jefe Inmediato / SST				
		Fernando Casallas 2921341		Mitchell Castro 100040135				

 UT SAN DIEGO 2026 <small>NOT REPLY BOX 1</small>	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL EXTENSIÓN ELÉCTRICA	CODIGO: FT-SST-038 FECHA: 25/07/2025 VERSION: 001																			
NOMBRE DEL OPERADOR DEL EQUIPO <u>OTUNEL MONTA</u>		EXTENSIÓN N° <u>1</u>																			
SEMANA DEL <u>29/06/26</u> AL <u>05/07/26</u> MES <u>Julio</u> DEL AÑO <u>2026</u>																					
PROYECTO: <u>Estación Camara ST.</u>		TORRE: <u>N/A</u>																			
CONDICIONES DE SEGURIDAD	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
La extensión eléctrica indica el voltaje de corriente en la que se puede utilizar?	C			C			C			C			C								
La extensión eléctrica cuenta con la conexión polo a tierra?	C			C			C			C			C								
El cable de la extensión eléctrica se encuentra en buenas condiciones libre?	C			C			C			C			C								
Los enchufes están en buenas condiciones de uso sin trozaduras o quiebres?	C			C			C			C			C								
El largo de la extensión está de acuerdo a lo requerido en el área de trabajo?	C			C			C			C			C								
Su aislación está en buen estado (sin cortes, ni cables expuestos, etc)?	C			C			C			C			C								
La conexión macho-hembra tienen cables a la vista?	C			C			C			C			C								
Las cajas de enchufes múltiples están protegidas contra golpes?	C			C			C			C			C								
La extensión eléctrica no están expuestas a humedad y se encuentran bajo techo?	C			C			C			C			C								
FIRMA DIARIA DEL OPERADOR			FIRMA DIARIA SST																		
LUNES			MARTES			LUNES			MARTES												
<u>[Signature]</u>			<u>[Signature]</u>			<u>[Signature]</u>			<u>[Signature]</u>												
MIÉRCOLES			JUEVES			MIÉRCOLES			JUEVES												
<u>[Signature]</u>			<u>[Signature]</u>			<u>[Signature]</u>			<u>[Signature]</u>												
VIERNES			SABADO			VIERNES			SABADO												
<u>[Signature]</u>			<u>[Signature]</u>			<u>[Signature]</u>			<u>[Signature]</u>												
DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO			IDENTIFICACIÓN DE ANÁLISIS DE CAUSA			ACCIÓN TOMADA															
									FIRMA DEL ENCARGADO.												

LISTA DE CHEQUEO ESCALERAS		CÓDIGO: FT-007-011	
FECHA: JULIO 21 DE 2023		VERSION: 001	
REVISOR: ESTACION CRA. 57		ÁREA DE TRABAJO: OPERATIVO	
TIPO DE ESCALERA:		PROCESO:	
ALUMINIO TIJERA 2		DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD: ORG 02.	
ALUMINIO EXTENSIBLE		TUJERA CON PLATAFORMA	
TELESCOPICA		OBSERVACIONES:	
SEMANA DEL 29 AL 05 DE 7 AÑO 26			
CONDICIONES DE SEGURIDAD		MARQUE CON UNA X SEGUN CORRESPONDA	
	LUNES	MARTES	MIERCOLES
	C	NC	N/A
La zona esta libre de escombros, acopio de material o cualquier otro elemento		C	
La escalera esta sin defectos, está libre de proyecciones (clavos, tornillos, etc)		C	
Todos los travesaños están libres de fisuras, están completos, conservan la misma distancia y están encajados		C	
La distancia entre la pared y el pie de la escalera deberá ser por lo menos de 1/4 de longitud de la misma		C	
Hay empalme entre al de dos o mas escaleras		NA	
La longitud máxima de la escalera simple será de cinco metros. En ningún caso sobrepasa esta medida		C	
La distancia máxima entre travesaño será de cuarenta (40) centímetros		C	
Los travesaños deberán estar apoyados mediante largueros de la escalera y asegurados por medio tornillos		C	
Asegurar con ambas manos al subir o bajar		C	
Al subir o bajar hacerlo de frente a la esciera		C	
Si hay riesgo eléctrico se ha determinado que el material de la escalera no es eléctrico		C	
Ellos se proyectar 1 metro arriba del punto de trabajo, por lo menos?		C	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ESPECIFICOS																						
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ESPECIFICOS		LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
		C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A
Antes de trabajo completo:					C						NA			NA								
Extinctos, procedimientos en y servicio:					C						NA			NA								
Cable con herramienta:					C			C			C			C								
Cables de seguridad:					C			C			C			C								
Botas de seguridad con suela antideslizante, dieléctricas:					C			C			C			C								
Guantes de seguridad:					C			C			C			C								
Otras:																						
ALTURA APROXIMADA								3 MTS			8 MTS			3 MTS			3 MTS					
OBSERVACIONES																						
NOMBRE DEL INSPECTOR SST QUE REALIZO LA VERIFICACION					CEDULA DEL INSPECTOR					NOMBRE TRABAJADORES					CEDULA DE LOS TRABAJADORES							
Miguel Castro					1000041135					FERRANDO CAPULLAS					JOSUE B. L. 648 930335							
FIRMA DEL REPRESENTANTE DE COPASST Y/O EMPLEADO																						
FIRMA DIARIA TRABAJADOR		LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
FIRMA DIARIA COORDINADOR TA		LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		

INSPECCIÓN PRE-OPERACIONAL HERRAMIENTAS ELECTRICAS

CODIGO: FT-SST-019

FECHA: 22/07/2025

VERSION: 001

Ciudad: Boston DC

Hora inicial: 11:30 pm

Obra/proyecto: E-CRASH

Valido entre 24 hasta 3 De 5 año 20

Hora final: 4:30 am

Herramienta electrica: **TALADRO**

Marca de la herramienta: makita

La herramienta es Apta:

Actividad a realizar: ORC a2

Nombre de quien hizo la inspección: Roberto Trillo

SERIE NUMERO
231

CRITERIOS	CRONOGRAMA																				
	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO		
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
SE VERIFICO EL ESTADO DE LAS CONEXIONES ELECTRICAS (CABLE, TOMA)										SI			SI								
SE VERIFICO ESTADO DEL MOTOR										SI			SI								
SE VERIFICO LA CONVERSIÓN DEL ROTOMARTILLO										SI			SI								
ES ACORDE EL ESTADO E INSTALACION DEL MANGO DE AGARRE										SI			SI								
EL ESTADO DEL MANDRIL ES ACORDE										SI			SI								
ESTADO GENERAL DEL TALADRO ES APTO										SI			SI								
EL ESTADO DE LA BROCA A UTILIZAR ES BUENO										SI			SI								
SUENAN PIEZAS SUELTAS EN SU INTERIOR											alo			20							
SIRVE ADECUADAMENTE LA LLAVE DEL MANDRIL										SI			SI								
EL OPERARIO UTILIZA LOS EPP ADECUADOS PARA LA ACTIVIDAD										SI			SI								

OBSERVACIONES:

FIRMA TRABAJADORES

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
<u>Roberto Trillo</u>	<u>80067967</u>							

FIRMA DE VALIDACIÓN DIARIA

FIRMA DE RESIDENTE SST	FECHA VALIDACIÓN
	<u>02/07/2025</u>

FIRMA DEL REPRESENTANTE DE COPASST Y/O BRIGADISTA



INSPECCIÓN PRE-OPERACIONAL HERRAMIENTAS ELECTRICAS

CODIGO: FT-SST-019

FECHA: 22/07/2025

VERSION: 001

Ciudad: Bogotá D.C.Hora inicial: 11:30 pmObra/proyecto: C. Uda. 58Valido entre 24 hasta 05 De 7 año 6Hora final: 4:30 AMHerramienta electrica: TALADROMarca de la herramienta: FLAKITALa herramienta es Apta: ☒ SI ☐ NOActividad a realizar: DB 02

SERIE

NUMERO

Nombre de quien hizo la inspección: _____

320

CRONOGRAMA

CRITERIOS	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO		
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
SE VERIFICO EL ESTADO DE LAS CONEXIONES ELECTRICAS (CABLE, TOMA)										SI			SI								
SE VERIFICO ESTADO DEL MOTOR										SI			SI								
SE VERIFICO LA CONVERSIÓN DEL ROTOMARTILLO										SI			SI								
ES ACORDE EL ESTADO E INSTALACION DEL MANGO DE AGARRE										SI			SI								
EL ESTADO DEL MANDRIL ES ACORDE										SI			SI								
ESTADO GENERAL DEL TALADRO ES APTO										SI			SI								
EL ESTADO DE LA BROCA A UTILIZAR ES BUENO										SI			SI								
SUENAN PIEZAS SUELTAS EN SU INTERIOR										NO			NO								
SIRVE ADECUADAMENTE LA LLAVE DEL MANDRIL										SI			SI								
EL OPERARIO UTILIZA LOS EPP ADECUADOS PARA LA ACTIVIDAD										SI			SI								

OBSERVACIONES:

FIRMA TRABAJADORES

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Jonathan Moreno	1028864798				Jonathan	Jonathan		

FIRMA DE VALIDACIÓN DIARIA

FIRMA DE RESIDENTE SST								
FECHA VALIDACIÓN								

FRIMA DEL REPRESENTANTE DE COPASST Y/O BRIGADISTA



INSPECCIÓN PRE-OPERACIONAL HERRAMIENTAS ELECTRICAS

CODIGO: FT-SST-017

FECHA: 22/07/2025

VERSION: 001

Ciudad: Bogotá DC

Hora inicial: 11:30 PM

Obra/proyecto: E-0053

Valido entre 29 hasta 5 De 7 año 25

Hora final: 11:30 PM

Herramienta electrica: PULIDORA

Marca de la herramienta: DEWALT

La herramienta es Apta:

Actividad a realizar:

03C 02

Nombre de quien hizo la inspección:

Jonathan Moreno

SERIE D326 NUMERO B1

☒ SI

☐ NO

CRONOGRAMA

CRITERIOS	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO		
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
Estado general										SI			SI								
Cable electrico en buen estado										SI			SI								
Interruptor de encendido										SI			SI								
Estado de la carcasa										SI			SI								
Guarda de seguridad										SI			SI								
Tuerca / arandela de ajuste disco										SI			SI								
Estado de ajuste de eje										SI			SI								
Escobillas											NA			NA							
Mando de sujeción										SI			SI								
Estado del disco y guarda										SI			SI								
Seguro del interruptor										SI			SI								
Especifico si/no para el uso de la maquina										SI			SI								

OBSERVACIONES:

FIRMA TRABAJADORES

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
<u>Jonathan Moreno</u>	<u>103430335</u>				<u>Jonathan</u>	<u>Jonathan</u>		

FIRMA DE VALIDACIÓN DIARIA

FIRMA DE RESIDENTE SST	FECHA VALIDACIÓN
<u>[Firma]</u>	<u>22/07/2025</u>

FIRMA DEL REPRESENTANTE DE COPASST Y/O BRIGADISTA

 INSPECCIÓN PRE-OPERACIONAL HERRAMIENTAS ELECTRICAS		CODIGO: FT-SST-019 FECHA: 22/07/2025 VERSION: 001	
Ciudad: <u>BONITA DC</u>	Hora inicial: <u>11:30 PM</u>	Obra/proyecto: <u>ECKUS</u>	Valido entre <u>24</u> hasta <u>5</u> De <u>7</u> año <u>20</u>
Hora final: <u>9:30 PM</u>	Herramienta electrica: <u>TALADRO</u>	Marca de la herramienta: <u>MARKITA</u>	La herramienta es Apta: ☐ SI ☒ NO
Actividad a realizar: <u>ABC 02</u>			
Nombre de quien hizo la inspección: <u>Juan Fello</u>		SERIE	NUMERO <u>244</u>

CRITERIOS	CRONOGRAMA																					
	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO			
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	
SE VERIFICO EL ESTADO DE LAS CONEXIONES ELECTRICAS (CABLE, TOMA)										SI			SI									
SE VERIFICO ESTADO DEL MOTOR										SI			SI									
SE VERIFICO LA CONVERSIÓN DEL ROTOMARTILLO										SI			SI									
ES ACORDE EL ESTADO E INSTALACION DEL MANGO DE AGARRE										SI			SI									
EL ESTADO DEL MANDRIL ES ACORDE										SI			SI									
ESTADO GENERAL DEL TALADRO ES APTO										SI			SI									
EL ESTADO DE LA BROCA A UTILIZAR ES BUENO										SI			SI									
SUENAN PIEZAS SUELTAS EN SU INTERIOR											NO			NO								
SIRVE ADECUADAMENTE LA LLAVE DEL MANDRIL										SI			SI									
EL OPERARIO UTILIZA LOS EPP ADECUADOS PARA LA ACTIVIDAD										SI			SI									

OBSERVACIONES:

FIRMA TRABAJADORES								
NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO

FIRMA DE VALIDACIÓN DIARIA								
FIRMA DE RESIDENTE SST								
FECHA VALIDACIÓN								
FIRMA DEL REPRESENTANTE DE COPASST Y/O BRIGADISTA								

[illegible]

Observaciones			
Responsable de corregir la condición por parte del contratista:		Para la fecha:	
Firma: 			
Fecha verificación compromisos:			

Powered by CamScanner

Powered by  CamScanner

	UNION TEMPORAL SAN DIEGO 2026		CODIGO: FT-SST-024
			VERSION: 01
			VIGENTE DESDE: 15/10/2025
INSPECCION DE COMPRESOR			PAGINA: 1 DE 1

FECHA DE INSPECCION:	Semana Del <u>29</u> Al <u>5</u> Mes <u>7</u>	AREA: <u>OPERATIVA</u>
INSPECCION REALIZADA POR:	<u>Orlando HONOR</u>	GRUPO DE TRABAJO: <u>10 PERSONAS</u>

ITEM DE CALIFICACION		REVISIÓN BUENO (B)-MALO (M) /MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LA MAQUINA SI-NO/USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL/SI-NO													
ITEM	REVISIÓN	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Domingo	
		Bueno	Malo	Bueno	Malo	Bueno	Malo	Bueno	Malo	Bueno	Malo	Bueno	Malo	Bueno	Malo
ESTADO GENERAL DE LA MAQUINA	Estructura de soporte														
	Llantas de transporte														
	Soporte superior de carga (manija)														
	Soportes de anclaje														
	Bomba de compresion														
	Encendido														
MOTOR	Estado general														
	Tanque														
	Radiador														
	Medidor de aire														
	Valvula de seguridad														
	Regulador														
CABLEADO	Acoples (Pines y Abrazaderas)														
	Cortinas														
	Puntos de conexión de la maquina														
	Manguera														
PISTOLA	Estado general de pinzas de conexión a tierra														
	Cables de conexión														
	Estado del depósito, (sin grietas o fisuras)														
	Manguera de conexión														
MANTENIMIENTO PREVENTIVO	Estructura de la pistola														
	Conexión (compresor-pistola)														
	Regulación de aire														
	Componentes externos y especialmente los internos, libres de suciedad y polvo	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
MANTENIMIENTO PREVENTIVO	Realiza limpieza general de la máquina, puesto que la acumulación de impurezas es frecuente debido a la absorción de aire que realiza el compresor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
MANTENIMIENTO PREVENTIVO	El operador tiene sus EPP completos (Casco-barboquejo, gafas de seguridad, tapa oídos, delantal de carnaza, botas de seguridad, guantes de vaqueta, camisa, pantalón).	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

OBSERVACIONES GENERALES:

NOTA IMPORTANTE: Las inspecciones pre operacional de máquina (COMPRESOR), debe realizarla un integrante de los siguientes cargos: Técnico Operativo/Conductores/ Operario/ Operario Calificado Ingeniero mecánico/ Coordinador, Profesional SST - Técnico SST.

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INSPECCION	FIRMA O NOMBRE DEL ENCARGADO	NOMBRE Y APELLIDO DE QUIEN REVISÓ SST
--------------------------------------	------------------------------	---------------------------------------

FORMATO CHARLAS DIARIAS

CODIGO: FT-SST-003

FECHA: 21/07/2025

VERSION: 001

PROYECTO Estación Al-68	FECHA INICIAL 29/06/26	FECHA FINAL 05/07/26	CHARLA SEG Y AMBIENTAL X	SOCIALIZACION	INDUCCION	REINDUCCION
	HORA INICIAL 11:00 PM	HORA FINAL 11:30 AM				
FORMA DE EVALUACION			ESCRITA	VERBAL ✓	N° PARTICIPANTES	
NOMBRE DE LA CAPACITACION DIARIA						
LUNES Capacitación Socialización	MARTES Equipos de T. ALTURA	MIÉRCOLES Uso de EPP	JUEVES Preparación KH De emergencia	VIERNES Lineas de vida	SABADO	DOMINGO Preparación Equipos Protección

FIRMO CONSTANCIA QUE HE RECIBIDO INSTRUCCIONES SOBRE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL Y POR LO TANTO ME RESPONSABILIZO DE APLICARLOS DIARIAMENTE DURANTE EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS

N°	NOMBRE DEL TRABAJADOR	N° DOCUMENTO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
1	Juan Pardo	1122651322	Juan Pardo	Juan Pardo	Juan Pardo	Juan Pardo	Juan Pardo		Juan Pardo
2	Yelson Alfaro	100218433	Yelson Alfaro	Yelson Alfaro	Yelson Alfaro				
3	Victor Hugo	4773297	Victor Hugo	Victor Hugo	Victor Hugo	Victor Hugo			Victor Hugo
4	Fernando Casallas	77721311	Fernando Casallas						
5	Yonel Suarez	1032340329	Yonel Suarez						
6	Alfredo Suarez	80168958	Alfredo Suarez	Alfredo Suarez	Alfredo Suarez	Alfredo Suarez	Alfredo Suarez		Alfredo Suarez
7	Alonso Montenegro	10111231015	Alonso Montenegro	Alonso Montenegro	Alonso Montenegro	Alonso Montenegro	Alonso Montenegro		Alonso Montenegro
8	Edison Pineda	3276480	Edison Pineda	Edison Pineda	Edison Pineda	Edison Pineda	Edison Pineda		Edison Pineda
9	Yaela Jarama	1007354653	Yaela Jarama	Yaela Jarama	Yaela Jarama	Yaela Jarama	Yaela Jarama		Yaela Jarama
10	Yonel Montez	86002338	Yonel Montez	Yonel Montez	Yonel Montez	Yonel Montez	Yonel Montez		Yonel Montez
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
Miguel Castro		100049135							
NOMBRE DEL CAPACITADOR		N° CEDULA	FIRMA						

	UNION TEMPORAL SAN DIEGO 2025		CÓDIGO	FT-051-001
	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		FECHA	2025
	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO		VERSIÓN	1

1. DATOS GENERALES		CONTRATISTA	
OBRA	Estación AN-68		
FECHA DE INICIO	29/06/16	Valido desde las	11:30 AM
FECHA DE TERMINACIÓN	05/08/16	Hora de cierre	1:30 PM

2. DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA	
DESMONTE, SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE CUBIERTA EN ESTACIONES	
3. PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE	
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	ESPACIO CONFINADO
INSTALACIONES ELÉCTRICAS	TRABAJO CALIENTE

RIESGOS ASOCIADOS AL PROCESO	ELEMENTOS Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) REQUERIDOS	HERRAMIENTAS DE TRABAJO
Caídas a distinto nivel (principal riesgo). Caída de herramientas y materiales. Proyección de partículas por corte y pulido. Colapso parcial de cubierta deteriorada. Electrocución por líneas cercanas. Atrapamientos en equipos de elevación. Sobreesfuerzo y manejo manual de cargas. Quemaduras por trabajo caliente. Riesgo químico (pinturas, desengrasantes). Riesgo biológico y ambiental por residuos	Arnés certificado con doble línea de vida y absorbedor. Casco con barbuquejo. Gafas de seguridad. Guantes anticorte y guantes de nitrilo. Botas antideslizantes punta de acero. Overol o ropa de trabajo. Tapabocas o respirador según actividad (filtro P100). Protector auditivo. Señalización personal (chaleco reflectivo).	Andamios certificados o manlift. Eslingas, líneas de vida y anclaje certificado. Herramientas manuales y de corte (esmeril, taladro). Equipos para pintura (rodillo, pistola si aplica). Llaves, destornilladores, herramientas de montaje. Extintor ABC. Kit de derrames (para desengrasantes).
Otros ¿Cuáles?:	Otros ¿Cuáles?:	Otros ¿Cuáles?:

4. ANÁLISIS DE LA TAREA	
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	Botas, Casco, Guantes, Gafas, CPR
¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables?	SI
¿El equipo está en óptimas condiciones?	SI
¿Se han dispuesto extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo?	SI
¿La persona encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea?	SI

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Controles requeridos
Alistamiento y preparación del área, herramientas, EPP y EPCC, Demarcación y señalización del área de trabajo	Caídas a diferente nivel, tropiezos, contacto con herramientas, Ingreso de personas no autorizadas, accidentes por interferencia	Inspección previa, uso de arnés certificado, línea de vida, botas, guantes, casco y gafas, Señalización visible, cintas de demarcación, control de acceso.
Instalación de EPCC y verificación de alturas	Caídas de altura, fallas en equipos	Revisión diaria de arnés, línea de vida, anclajes certificados
Desmante de cubierta existente	Caída de láminas, corte, desplome parcial, atrapamientos	Línea de vida activa, corte controlado, retiro progresivo, comunicación permanente
Retiro de canales y limpieza de estas	Atrapamientos, cortes, residuos contaminados	Guantes anticorte, manipulación segura, clasificación de residuos
Retiro de pintura antigua y mantenimiento	Proyección de partículas, ruido, polvo	Gafas, respirador P100, tapones auditivos, control de polvo
Aplicación de pintura (imprimante, epóxica, uretano)	Vapores tóxicos, irritación, contaminación	Ventilación natural, guantes, recipientes herméticos, derrame controlado
Disposición final de residuos y traslado de materiales	Riesgo biológico, contaminación, desorden, caída de materiales	Clasificación en origen, bolsas/cajas etiquetadas, rutas internas definidas, EPP completo
Instalación de cubierta tipo sándwich deck	Caída de altura, caídas de herramientas, atrapamiento	Trabajo con líneas de vida, uso de manlift y/o andamio, orden y aseo continuo
Instalación de remates y corta goteras	Cortes, golpes, pérdida de equilibrio	Guantes anticorte, puntos de apoyo seguros
Disposición final de residuos	Contaminación, riesgo biológico, cortes	Clasificación por tipo, entrega a gestor autorizado, certificados
Entrega del área y retiro de señalización	Tropiezos, caída de objetos	Orden, verificación de que no queden elementos sueltos

[illegible]

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

I. INFORMACIÓN DE LA SEDE A INSPECCIONAR

Ciudad/Municipio:	Bogotá D.C.		
Estación:	Av. 68	Portal:	N/A

II. INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de inicio del Trabajo (dd/mm/aaaa):	29/06/26	Hora de Inicio (a.m./p.m.):	11:30 PM	Hora de Finalización (a.m./p.m.):	04:30 PM
Fecha de final del Trabajo (dd/mm/aaaa):	05/07/26				
Ubicación donde se realiza el trabajo (Área/dependencia o sitio):	UABONI y 2.				
Descripción de la tarea a realizar:	OBC 02.				
Permiso solicitado por: (Nombres y Apellidos)	Juan Pulido	No. Identificación:	1122651392	Cargo:	Oficial
Permiso autorizado por: (Nombres y Apellidos)	Mitchell Castro	No. Identificación:	000049135	Cargo:	SGT

III. VIGENCIA DEL PERMISO

Vigencia del permiso: Semana del	(dd/mm/aa):	29/06/26	al	(dd/mm/aa):	05/07/26
----------------------------------	-------------	----------	----	-------------	----------

IV. CHEQUEO DE SEGURIDAD

Número de Trabajadores:		Herramientas a Utilizar:	Pulidora
-------------------------	--	--------------------------	----------

1. Para poder iniciar los trabajos todas las respuestas deben ser afirmativas.
2. El no llenar este permiso es violación al reglamento de higiene y seguridad industrial; dando lugar a la suspensión inmediata del trabajo.
3. El permiso aplica únicamente para un turno de trabajo.
4. Si las condiciones iniciales bajo las cuales se autoriza este permiso de trabajo cambian, se debe tramitar uno nuevo.

V. TRABAJO A REALIZAR

Marque con una (x) según corresponda					
Soldadura		Oxicorte		Pulidora	☒
				Otro, ¿Cuál?	

VI. LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

Verificación condiciones de riesgo	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El equipo y el área de trabajo están libres de sustancias peligrosas?	☒			☒			☒			☒			☒			☒			☒		
¿Existe una adecuada ventilación que reduzca la concentración de vapores o gases?	☒			☒			☒			☒			☒			☒			☒		
¿Se han dispuesto extintores adecuados en el sitio de trabajo, así como también los equipos contra incendios del área están disponibles y sin bloqueos?	☒			☒			☒			☒			☒			☒			☒		
¿Los equipos a utilizar se encuentran correctamente conectados?	☒			☒			☒			☒			☒			☒			☒		
¿Se han suspendido tareas vecinas que puedan afectar el trabajo?			NA			NA			NA			NA			NA			NA			NA
¿Se inspeccionó y verificó las condiciones seguras del equipo a utilizar?	☒			☒			☒			☒			☒			☒			☒		
¿Se dio previo aviso al personal sobre la actividad a realizar?	☒			☒			☒			☒			☒			☒			☒		

VII. LISTA DE CHEQUEO

Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica

No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA	No.	Ítem	C	NC	NA
1	Casco de seguridad	☒			7	Visera o Careta	☒			8	Área de trabajo delimitada	☒		
2	Gafas de seguridad	☒			8	Traje de Soldador	☒			9	Reunión pre operacional	☒		
3	Gautes (según la actividad a realizar)	☒			9	Polainas para soldador	☒			10	Inspección pre operacional de equipos	☒		
4	Botas de seguridad	☒			10	Mascara para soldar	☒			11	Permiso de Trabajo en Alturas	☒		
5	Respirador para polvos o humos	☒			11	Protección auditiva	☒			12	Charla de Seguridad	☒		
6	Respirador para vapores ácidos				12	Otros, ¿Cuál?				13	Apéud Física	☒		

VII. HERRAMIENTAS O EQUIPO A UTILIZAR																					
Marque con una (x) según corresponda																					
Herramientas Manuales			Herramientas Eléctricas			Andamio			Soldadura de Arco			Soldadura Autógena			Otro, ¿Cuál?						
IX. PRECAUCIONES DE SEGURIDAD																					
Marque con una (x) según corresponda: C: cumple NC: no cumple NA: no aplica																					
Precauciones de seguridad	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
¿El personal que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	C			C			C			C			C						C		
¿Se han revisado los exámenes médicos ocupacionales de cada trabajador?	C			C			C			C			C						C		
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo?	C			C			C			C			C						C		
¿Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada? (alturas, energías peligrosas, espacios confinados)	C			C			C			C			C						C		
¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes?	C		NA			NA			NA			NA			NA						NA
¿Se deben diligenciar otros permisos adicionales?	C			C			C			C			C						C		
En caso de requerirse herramientas estas se tienen adecuadamente.	C			C			C			C			C						C		
Hay como mínimo una persona disponible en caso de emergencia.	C			C			C			C			C						C		
OBSERVACIONES:																					
X. TRABAJADORES AUTORIZADOS																					
He verificado con el emisor del permiso, que se cuenta con todas las medidas de seguridad posibles para realizar el trabajo de manera adecuada y segura. Declaro que me encuentro en óptimas condiciones de salud y comenciaré según procedo con la ejecución de este trabajo.																					
XI. FIRMA DE LOS TRABAJADORES																					
Nombre y apellidos	No. identificación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo													
Juan Pardo	11265892	Juan Pardo	Juan Pardo	Juan Pardo	Juan Pardo	Juan Pardo		Juan Pardo													
Gerson Alvarado	100212143	Gerson Alvarado	Gerson Alvarado	Gerson Alvarado	Gerson Alvarado	Gerson Alvarado		Gerson Alvarado													
Fernando Casillas	4778187	Fernando Casillas	Fernando Casillas	Fernando Casillas	Fernando Casillas	Fernando Casillas		Fernando Casillas													
Simón Suárez	1032316379	Simón Suárez	Simón Suárez	Simón Suárez	Simón Suárez	Simón Suárez		Simón Suárez													
A. H. Robles	80166150	A. H. Robles	A. H. Robles	A. H. Robles	A. H. Robles	A. H. Robles		A. H. Robles													
Alberfort Hinojosa	1014234815	Alberfort Hinojosa	Alberfort Hinojosa	Alberfort Hinojosa	Alberfort Hinojosa	Alberfort Hinojosa		Alberfort Hinojosa													
Edson Rueda	3276480	Edson Rueda	Edson Rueda	Edson Rueda	Edson Rueda	Edson Rueda		Edson Rueda													
Firma		Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo													
Responsable de la actividad		Rodrigo Buitrago	Rodrigo Buitrago	Rodrigo Buitrago	Rodrigo Buitrago	Rodrigo Buitrago		Rodrigo Buitrago													
Encargado de SST		Melina C.	Melina C.	Melina C.	Melina C.	Melina C.		Melina C.													
XII. CANCELACIÓN / CIERRE DEL PERMISO																					
Nombre y apellidos	No. identificación	Cargo	Fecha	Hora	Motivo																
ELABORÓ: MAYRA CAROLINA MORALES INSPECTORA DE CALIDAD Y SST			REVISÓ: ALEJANDRA PINTO INGENIERA DE CALIDAD Y SST			APROBÓ: ALEJANDRA PINTO INGENIERA DE CALIDAD Y SST															

UT SAN DIEGO 2026 NOT 001 DEL 200 1		SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SAN DIEGO 2026				UNION TEMPORAL														
PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS																				
Código: FT-SST-002		Versión: 001		Fecha: 21/07/2025		Página: 1 de 1														
PROYECTO	CIUDAD	EMPRESA	UNION TEMPORAL SAN DIEGO																	
TIPO DE TRABAJO	ALTURAS																			
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA	UBC 02																			
PERMISO	DESDE (d/m/a)	HASTA (d/m/a)	ALTURA Aprox (mt):																	
HORA	DESDE (AM)	HASTA (PM)																		
UBICACIÓN ESPECÍFICA DE LA ACTIVIDAD	VIAJIN 142		NOMBRE DEL INSPECTOR SST: Michelle Castro																	
CONDICIONES Y APTITUD DEL TRABAJADOR AUTORIZADO Marque Cumple (C), No Cumple (NC), No Aplica (NA) según corresponda																				
CONCEPTO A EVALUAR	TRABAJADOR 1					TRABAJADOR 2					TRABAJADOR 3					TRABAJADOR 4				
	L	M	J	V	S	L	M	J	V	S	L	M	J	V	S	L	M	J	V	S
Afiliaciones EPS, AFP, ARL al día y verificadas.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Certificado medico vigente para trabajo en altura?	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Certificado de entrenamiento vigente para trabajo en altura?	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Conoce el procedimiento y se siente capaz de ejecutarlo?	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Se encuentra libre de efectos en el organismo por ingesta de licor o cualquier sustancia psicoactiva en las ultimas 24 horas?	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Considera que su alimentación en las ultimas horas le permite realizar su trabajo?	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
El tiempo de sueño y de descanso previos a su trabajo le permite estar activo y ejecutar la tarea a realizar?	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
La ropa de trabajo esta acorde a la actividad y se encuentra en buenas condiciones.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Se retiró cadenas, relojes, pulseras y/o accesorios personales	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Actualmente se encuentra en algún tratamiento medico o medicación que pueda generar un riesgo para trabajo en alturas. Si la respuesta es Si indique en observaciones los medicamentos que esta usando y que puedan tener efectos adversos.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Conozco las normas de Seguridad y salud en el Trabajo aplicables a la labor a realizar y me comprometo a cumplirlas al igual que reportar si mi condición física o mental pueda afectar mi seguridad.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
OBSERVACIONES:																				
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPO DE PROTECCION CONTRA CAIDAS Marque Cumple (C), No Cumple (NC), No Aplica (NA) según corresponda																				
EPP O EPPC A EVALUAR (De acuerdo a la actividad a realizar y los riesgos)	TRABAJADOR 1					TRABAJADOR 2					TRABAJADOR 3					TRABAJADOR 4				
	L	M	J	V	S	L	M	J	V	S	L	M	J	V	S	L	M	J	V	S
Casco de seguridad con barbuquejo mínimo 3 puntos en buen estado.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Gafas sin rayaduras o partidas.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Protección Auditiva	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Protección respiratoria (si aplica)	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Botas industrial con puntera en buen estado	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Gautes en buen estado	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Punto de anclaje o Mecanismo de anclaje (por cada trabajador)	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Arnes sin cortes, costuras en buen estado, partes metálicas sin corrosión con etiqueta visible y con su certificación.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Línea de vida Vertical en buen estado sin cortes ni deshilachada y certificada.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Línea de vida Horizontal en buen estado sin cortes ni deshilachada y certificada.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Mosquetones, sin corrosión y con seguros en buen funcionamiento	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Descendadores sin corrosión y con seguros en buen funcionamiento	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Freno y/o Arrestador sin corrosión y con seguros en buen funcionamiento	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Eslinga con absorbedor de energía (sencilla o doble), que no se alta impactado, sin cortes, costuras si deshilachar, sin corrosión, etiqueta legible y en buen estado.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Eslinga de posicionamiento, sin cortes, costuras si deshilachar, sin corrosión, etiqueta legible y en buen estado.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
OTROS (Indique cuales en observaciones)																				
OBSERVACIONES:																				
1- ARNES:	1- ESILINGA:	1- ESILINGA ABSORVEDOR:	1- LINEA DE VIDA HOR:	1- LINEA DE VIDA VER:																
2- ARNES:	2- ESILINGA:	2- ESILINGA ABSORVEDOR:	2- LINEA DE VIDA HOR:	2- LINEA DE VIDA VER:																
3- ARNES:	3- ESILINGA:	3- ESILINGA ABSORVEDOR:	3- LINEA DE VIDA HOR:	3- LINEA DE VIDA VER:																
4- ARNES:	4- ESILINGA:	4- ESILINGA ABSORVEDOR:	4- LINEA DE VIDA HOR:	4- LINEA DE VIDA VER:																
OBSERVACIONES:																				
PRECAUCIONES GENERALES Marque Cumple (C), No Cumple (NC), No Aplica (NA) según corresponda																				
CONCEPTO A EVALUAR	TRABAJADOR 1					TRABAJADOR 2					TRABAJADOR 3					TRABAJADOR 4				
	L	M	J	V	S	L	M	J	V	S	L	M	J	V	S	L	M	J	V	S
Procedimiento de trabajo seguro divulgado en charla preoperacional (Estándares de Seguridad)	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
El control de trabajo cuenta con brigada de emergencia	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C

[illegible]

UT SAN DIEGO 2026 MAY 2025 (2024)		Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo													
		FORMATO INSPECCION EQUIPOS DE TRABAJO EN ALTURA												CORREO: FT SST 004	
														FECHA: 21/07/2025	
														VERSION: 001	
PROYECTO:		Estacion Av. 68												ACTIVIDAD:	
FECHA DE INICIO:		29/06/26												FECHA FINAL:	
INSPECCIONADO POR:		Alfredo Sorel												CARGO:	
MARCA ARNES		Lnsafe												SERIE ARNES	
MARCA ARNES		2101													
ELEMENTO A REVISAR		LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
ARNES	Angulo en "D" dorsal (Detección de cables)	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
	Angulo en "D" pectoral (Exceso y desbalance controlado)	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
	Angulos en "D" lateral (posicionamiento)	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
	Elabon pectoral de ajuste rápido	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
	Elabon pectoral de ajuste rápido	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
	La malla esta libre de deshilachaduras, fibras rotas, cortadas, abrasiones, quemaduras o deterioración	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
	La malla esta libre de hebras sueltas o costuras rotas	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
	El rótulo del arnés es completamente legible	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
	El soporte dorsal se encuentra en buen estado sin roturas	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
		SI		SI		SI		SI		SI				SI	
MARCA ESLINGA		SERIE ESLINGA													
ESLINGA	La eslinga no presenta averías	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
	Los hilos se encuentran sin empujones	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
	La eslinga esta desmontada	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
	La eslinga esta libre de protuberancias	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
	Los hilos externos cuentan con el mismo diámetro	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
	Los hilos se encuentran en buenas condiciones (sin presentar quemaduras o estar cortados)	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
	La eslinga es visible y está en buenas condiciones	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
	La cinta de la eslinga se encuentra sin quemaduras	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
	Los ojos de la eslinga se encuentran en condiciones óptimas, sin hilos rotos	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
		SI		SI		SI		SI		SI				SI	
MARCA LINEA DE VIDA TIPO MANILA		SERIE LINEA DE VIDA TIPO MANILA													
LINEA DE VIDA TIPO MANILA	El cuerpo de la eslinga es uniforme, no presenta deshilachaduras o quemaduras	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
	Los guarda cables protegen la eslinga perfectamente	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
	La seguridad de seguridad de los empalmes agotan su función perfectamente	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
	El rótulo es completamente legible	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
REGISTRO DIARIO		LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
FIRMA DIARIA DEL OPERADOR															
VISTO BUENO COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS															
FIRMA DEL REPRESENTANTE DE COMPAÑÍA Y JO BRIGADA															

Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo															
FORMATO INSPECCION EQUIPOS DE TRABAJO EN ALTURA															
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>  <p>UT SAN DIEGO 2025 NOV 001-001-001</p> </div> <div> <p>PROYECTO: ESTACION AV. 108</p> <p>FECHA DE INICIO: 29/06/2025</p> <p>INSPECCIONADO POR: [Signature]</p> <p>MARCA ARNES: Inserte</p> </div> <div> <p>ACTIVIDAD: 086 02</p> <p>FECHA FINAL: 05/07/2025</p> <p>CARGO: Oficial</p> <p>SERIE ARNES: 1221</p> </div> </div>															
ELEMENTO A REVISAR	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
ARNES	Angulo en "D" dorsal (detección de rotura)	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
	Angulo en "D" pectoral (dorsales y dorsales contrabando)	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
	Angulo en "D" lateral (conexión/enganche)	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
	Elabore puntos de ajuste rápido	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
	Elabore pectoral de ajuste rápido	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
	La cinta esta libre de deshilachaduras, fibras rotas, cortados, abrasiones, quemaduras o deterioración	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
	La cinta esta libre de nudos, sueltas o costuras rotas	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
	El estado del arnés es completamente legible	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
	El soporte dorsal se encuentra en buen estado sin roturas	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
ESLINGA	La eslinga no presenta cortes	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
	Los hecos se encuentran sin modificaciones	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
	La eslinga esta desmontada	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
	La eslinga esta libre de protuberancias	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
	Los hecos externos cuentan con el mismo diámetro	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
	Los hecos se encuentran en buenas condiciones (no presentan quemaduras o están cortados)	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
	La etiqueta es visible y está en buenas condiciones	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
	La cinta de la eslinga se encuentra sin quemaduras	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
	Los tipos de la eslinga se encuentran en condiciones óptimas, sin hecos rotos	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
LÍNEA DE VIDA TIPO MANILA	El cuerpo de la eslinga es uniforme, no presenta deshilachaduras o quemaduras	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
	Los guarda cables protegen la eslinga perfectamente	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
	La seguridad de seguridad de sus inspecciones, ejerce su función perfectamente	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
	El estado es completamente legible	SI		SI		SI		SI		SI				SI	
REGISTRO DIARIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO								
FIRMA DEL OPERADOR	Juan Pablo	Juan Pablo	Juan Pablo	Juan Pablo	Juan Pablo										
FOTO INGENIERO COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS	[Signature]	[Signature]	[Signature]	[Signature]	[Signature]										
FIRMA DEL REPRESENTANTE DE COPASST Y JO BARRON	[Signature]	[Signature]	[Signature]	[Signature]	[Signature]										

UT SAN DIEGO 2026 MAY 2021 12:00		Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo																	
		FORMATO INSPECCION EQUIPOS DE TRABAJO EN ALTURA																	
		CÓDIGO: FT-001-004 FECHA: 21/07/2025 VERSIÓN: 001																	
PROYECTO:		Estación flv. 68										ACTIVIDAD:				OBC 02			
FECHA DE INICIO:		29/06/26										FECHA FINAL:				05/07/26			
INSPECCIONADO POR:		Vincent Sured										CARGO:				Oficial			
MARCA ARNES		Fech										SERIE ARNES				420			
ARNES	ELEMENTO A REVISAR	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO					
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
	Argilla en "U" dorsal (Distribución de pesos)	SI		SI		SI		SI		SI				SI					
	Argilla en "U" pectoral (Ancho y distribución)	SI		SI		SI		SI		SI				SI					
	Argilla en "U" lateral (Ancho y distribución)	SI		SI		SI		SI		SI				SI					
	Elab. pectoral de ajuste rápido	SI		SI		SI		SI		SI				SI					
	Elab. pectoral de ajuste rápido	SI		SI		SI		SI		SI				SI					
	La cinta está libre de daños/teñidos, abrasiones, cortaduras, quemaduras o deterioración	SI		SI		SI		SI		SI				SI					
	La cinta está libre de hebras sueltas o costuras rotas	SI		SI		SI		SI		SI				SI					
	El cinturón de arnés es completamente legible	SI		SI		SI		SI		SI				SI					
El soporte dorsal se encuentra en buen estado sin roturas	SI		SI		SI		SI		SI				SI						
MARCA ESPALDA																			
ESPALDA	La espalda no presenta aversos	SI		SI		SI		SI		SI				SI					
	Las hebras se encuentran sin enredos	SI		SI		SI		SI		SI				SI					
	La espalda está desmenuzada	SI		SI		SI		SI		SI				SI					
	La espalda está libre de protuberancias	SI		SI		SI		SI		SI				SI					
	Las hebras externas cuentan con el mismo diámetro	SI		SI		SI		SI		SI				SI					
	Las hebras se encuentran en buenas condiciones (no presentan quemaduras o están cortadas)	SI		SI		SI		SI		SI				SI					
	La etiqueta es visible y está en buenas condiciones	SI		SI		SI		SI		SI				SI					
	La cinta de la espalda se encuentra en buenas condiciones	SI		SI		SI		SI		SI				SI					
	Las hebras de la espalda se encuentran en buenas condiciones (no presentan quemaduras, cortaduras, etc.)	SI		SI		SI		SI		SI				SI					
	Las hebras de la espalda se encuentran en buenas condiciones (no presentan quemaduras, cortaduras, etc.)	SI		SI		SI		SI		SI				SI					
MARCA LÍNEA DE VIDA TIPO MANILA																			
LÍNEA DE VIDA TIPO MANILA	El cuerpo de la línea es uniforme, no presenta deformaciones o quemaduras	SI		SI		SI		SI		SI				SI					
	Los guantes cubren toda la línea de vida	SI		SI		SI		SI		SI				SI					
	La longitud de seguridad de los conectores asegura su función perfectamente	SI		SI		SI		SI		SI				SI					
	El cinturón es completamente legible	SI		SI		SI		SI		SI				SI					
REGISTRO DIARIO		LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO					
FIRMA (NOMBRE DEL OPERADOR)																			
FIRMA (NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE COMPAÑÍA Y/O BRIGADA)																			



INSPECCIÓN PRE-OPERACIONAL HERRAMIENTAS ELECTRICAS

CODIGO: FT-SST-017

FECHA: 22/07/2025

VERSION 001

Ciudad: BOSTON D.C Hora inicial: 11:30 PM Obra/proyecto: E. AU 68 Valido entre 29 hasta: 5 De A año 28
Hora final: 4:30 AM Herramienta electrica: PULIDORA Marca de la herramienta: DAWAT La herramienta es Apta: ☒ SI ☐ NO
Actividad a realizar: 286 Oh

Nombre de quien hizo la inspección: Sumuel Sorel

SERIE D820 NUMERO B3

CRITERIOS	CRONOGRAMA																				
	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO		
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
Estado general	SI			SI			SI			SI			SI						SI		
Cable electrico en buen estado	SI			SI			SI			SI			SI						SI		
Interruptor de encendido	SI			SI			SI			SI			SI						SI		
Estado de la carcasa	SI			SI			SI			SI			SI						SI		
Guarda de seguridad	SI			SI			SI			SI			SI						SI		
Tuerca / arandela de ajuste disco	SI			SI			SI			SI			SI						SI		
Estado de ajuste de eje	SI			SI			SI			SI			SI						SI		
Escobillas			N/A			N/A			N/A			N/A			N/A						
Mando de sujeción	SI			SI			SI			SI			SI						SI		
Estado del disco y guarda	SI			SI			SI			SI			SI						SI		
Seguro del interruptor	SI			SI			SI			SI			SI						SI		
Especifico si/no para el uso de la maquina	SI			SI			SI			SI			SI						SI		

OBSERVACIONES:

FIRMA TRABAJADORES

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
<u>Sumuel Sorel</u>	<u>1032390339</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>

FIRMA DE VALIDACIÓN DIARIA

FIRMA DE RESIDENTE SST	FECHA VALIDACIÓN
<u>[Signature]</u>	<u>29/07/28</u>
<u>[Signature]</u>	<u>30/07/28</u>
<u>[Signature]</u>	<u>01/07/28</u>
<u>[Signature]</u>	<u>02/07/28</u>
<u>[Signature]</u>	<u>03/07/28</u>
<u>[Signature]</u>	<u>05/07/28</u>

FRIMA DEL REPRESENTANTE DE COPASST Y/O BRIGADISTA

INSPECCIÓN PRE-OPERACIONAL HERRAMIENTAS ELECTRICAS

CODIGO: FT-SST-019

FECHA: 22/07/2025

VERSION: 001

Ciudad: BOLTA OC

Hora inicial: 11:30 PM

Obra/proyecto: E. AV. 68

Valido entre 24 hasta: 5 De 9 año 20

Hora final: 4:30 AM

Herramienta electrica: TALADRO

Marca de la herramienta: HAETA

La herramienta es Apta:

Actividad a realizar: 03C 02

☒ SI

☐ NO

Nombre de quien hizo la inspección: Samuel Saret

SERIE

NUMERO

310

CRONOGRAMA

CRITERIOS	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
SE VERIFICO EL ESTADO DE LAS CONEXIONES ELECTRICAS (CABLE, TOMA)	SI			SI			SI			SI			SI			SI			SI		
SE VERIFICO ESTADO DEL MOTOR	SI			SI			SI			SI			SI			SI			SI		
SE VERIFICO LA CONVERSIÓN DEL ROTOMARTILLO	SI			SI			SI			SI			SI			SI			SI		
ES ACORDE EL ESTADO E INSTALACION DEL MANGO DE AGARRE	SI			SI			SI			SI			SI			SI			SI		
EL ESTADO DEL MANDRIL ES ACORDE	SI			SI			SI			SI			SI			SI			SI		
ESTADO GENERAL DEL TALADRO ES APTO	SI			SI			SI			SI			SI			SI			SI		
EL ESTADO DE LA BROCA A UTILIZAR ES BUENO	SI			SI			SI			SI			SI			SI			SI		
SUENAN PIEZAS SUELTAS EN SU INTERIOR		NO			NO			NO			NO			NO			NO			NO	
SIRVE ADECUADAMENTE LA LLAVE DEL MANDRIL	SI			SI			SI			SI			SI			SI			SI		
EL OPERARIO UTILIZA LOS EPP ADECUADOS PARA LA ACTIVIDAD	SI			SI			SI			SI			SI			SI			SI		

OBSERVACIONES:

FIRMA TRABAJADORES

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Samuel Saret	1032390529	<u>[Firma]</u>	<u>[Firma]</u>	<u>[Firma]</u>	<u>[Firma]</u>	<u>[Firma]</u>	<u>[Firma]</u>	<u>[Firma]</u>

FIRMA DE VALIDACIÓN DIARIA

FIRMA DE RESIDENTE SST	FECHA VALIDACIÓN	29/06/25	30/06/25	01/07/25	02/07/25	03/07/25	04/07/25	05/07/25
<u>[Firma]</u>	<u>[Firma]</u>	<u>[Firma]</u>	<u>[Firma]</u>	<u>[Firma]</u>	<u>[Firma]</u>	<u>[Firma]</u>	<u>[Firma]</u>	<u>[Firma]</u>

FRIMA DEL REPRESENTANTE DE COPASST Y/O BRIGADISTA

INSPECCIÓN PRE-OPERACIONAL HERRAMIENTAS ELECTRICAS

CODIGO: FT-SST-019

FECHA: 22/07/2025

VERSION: 001

Ciudad: Bogotá D.C.

Hora inicial: 11:30 PM

Obra/proyecto: E. A. 68

Valido entre 29 hasta: 5 De 7 año 26

Hora final: 4:30 PM

Herramienta electrica: TALADRO

Marca de la herramienta: MAKITA

La herramienta es Apta:

Actividad a realizar: QBC 02

☒ SI

☐ NO

Nombre de quien hizo la inspección:

Juan Pardo

SERIE

NUMERO

280

CRITERIOS	CRONOGRAMA																				
	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
SE VERIFICO EL ESTADO DE LAS CONEXIONES ELECTRICAS (CABLE, TOMA)	SI			SI			SI			SI			SI			/			SI		
SE VERIFICO ESTADO DEL MOTOR	SI			SI			SI			SI			SI						SI		
SE VERIFICO LA CONVERSIÓN DEL ROTOMARTILLO	SI			SI			SI			SI			SI						SI		
ES ACORDE EL ESTADO E INSTALACION DEL MANGO DE AGARRE	SI			SI			SI			SI			SI						SI		
EL ESTADO DEL MANDRIL ES ACORDE	SI			SI			SI			SI			SI						SI		
ESTADO GENERAL DEL TALADRO ES APTO	SI			SI			SI			SI			SI						SI		
EL ESTADO DE LA BROCA A UTILIZAR ES BUENO	SI			SI			SI			SI			SI						SI		
SUENAN PIEZAS SUELTAS EN SU INTERIOR		NO			NO			NO			NO			NO		/				NO	
SIRVE ADECUADAMENTE LA LLAVE DEL MANDRIL	SI			SI			SI			SI			SI						SI		
EL OPERARIO UTILIZA LOS EPP ADECUADOS PARA LA ACTIVIDAD	SI			SI			SI			SI			SI						SI		

OBSERVACIONES:

FIRMA TRABAJADORES

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
<u>Juan Pardo</u>	<u>11 22651862</u>	<u>Juan Pardo</u>	<u>Juan Pardo</u>	<u>Juan Pardo</u>	<u>Juan Pardo</u>	<u>Juan Pardo</u>	/	

FIRMA DE VALIDACIÓN DIARIA

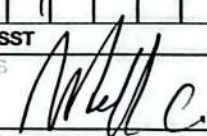
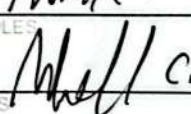
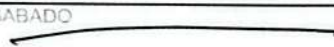
FIRMA DE RESIDENTE SST	FECHA VALIDACIÓN	FIRMA DEL REPRESENTANTE DE COPASST Y/O BRIGADISTA
<u>[Firma]</u>	<u>29/07/26</u>	<u>[Firma]</u>
<u>[Firma]</u>	<u>30/07/26</u>	<u>[Firma]</u>
<u>[Firma]</u>	<u>01/08/26</u>	<u>[Firma]</u>
<u>[Firma]</u>	<u>02/08/26</u>	<u>[Firma]</u>
<u>[Firma]</u>	<u>03/08/26</u>	<u>[Firma]</u>
<u>[Firma]</u>	<u>04/08/26</u>	<u>[Firma]</u>

FIRMA DEL REPRESENTANTE DE COPASST Y/O BRIGADISTA

 UT SAN DIEGO 2026 <small>NO. 801-001-000-1</small>	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL PLANTA ELÉCTRICA		Código: FT-SST-048						
			Versión: 1						
			Fecha de Emisión: 22/08/2025						
PROYECTO		EOMIEN AN. 58							
MARCA		FORTÉ							
FECHA INSPECCIÓN (Semana)		del (dd/mm/aaaa) 29/06/26 al (dd/mm/aaaa) 05/07/26							
Marque en las casillas con la letra según corresponda. C (CUMPLE) NC (NO CUMPLE) N/A (NO APLICA)									
1. LUCES		DÍAS						OBSERVACIONES	
		LU	MA	MI	JU	VI	SA		DO
1,1	Verificar nivel de agua de radiador	C	C	C	C	C		C	
1,2	Verificar nivel de aceite del motor	C	C	C	C	C		C	
1,3	Revisar nivel del tanque de combustible	C	C	C	C	C		C	
1,4	Revisión de tubo de escape	C	C	C	C	C		C	
1,5	Verificar la limpieza y estado del filtro de aire	C	C	C	C	C		C	
1,6	Verificar sistema de inyección de combustible	C	C	C	C	C		C	
2. ESTADO GENERAL		DÍAS						OBSERVACIONES	
		LU	MA	MI	JU	VI	SA		DO
2,1	Verificar ajuste de tuercas y tornillos	C	C	C	C	C		C	
2,2	Sistema de arranque (yoyo)	C	C	C	C	C		C	
2,3	Sistema eléctrico	C	C	C	C	C		C	
2,4	Verificación de correas	C	C	C	C	C		C	
2,5	Verificación de guardas	C	C	C	C	C		C	
2,6	Revisión de fugas de combustible	C	C	C	C	C		C	
2,7	Revisión de fugas de agua	C	C	C	C	C		C	
2,8	Revisión de fugas de aceite	C	C	C	C	C		C	
2,9	Realizar limpieza del equipo	C	C	C	C	C		C	
El siguiente ítem se evaluará semanalmente y lo evaluará el Jefe Inmediato o SST de Campo (Marque en la casilla SI o NO según corresponda)									
3. FACTORES HUMANOS		CUMPLE		OBSERVACIONES					
		SI	NO						
3,1	Cumple con las instrucciones de Operatividad de la planta?	SI							
3,2	El operador usa de manera adecuada los EPP cuando esta haciendo uso del equipo	SI							
3,3	El operador reporta actos y condiciones inseguras / seguras		NO						
FIRMA NOMBRE C.C.		INSPECCIONÓ		Vo.Bo Jefe Inmediato / SST					
Jean Pulido 1122651982				Mitchell Castro 1000049135					

 UT SAN DIEGO 2026 <small>NOT 101.957.000.1</small>	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL EXTENSIÓN ELECTRICA	CODIGO: FT-SST-038 FECHA: 25/07/2025 VERSION: 001																																																																																																																																																																																																																																																													
NOMBRE DEL OPERADOR DEL EQUIPO: <u>Arturo Silva</u>		EXTENSIÓN No. <u>3</u>																																																																																																																																																																																																																																																													
SEMANA DEL <u>29/06/26</u> AL <u>05/07/26</u> MES <u>Julio</u> DEL AÑO <u>2016</u>																																																																																																																																																																																																																																																															
PROYECTO: <u>Estación Av. 68</u>		TORRE: <u>N/A</u>																																																																																																																																																																																																																																																													
CONDICIONES DE SEGURIDAD	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th colspan="3">LUNES</th> <th colspan="3">MARTES</th> <th colspan="3">MIÉRCOLES</th> <th colspan="3">JUEVES</th> <th colspan="3">VIERNES</th> <th colspan="3">SABADO</th> <th colspan="3">DOMINGO</th> </tr> <tr> <th>C</th><th>NC</th><th>NA</th> <th>C</th><th>NC</th><th>NA</th> <th>C</th><th>NC</th><th>NA</th> <th>C</th><th>NC</th><th>NA</th> <th>C</th><th>NC</th><th>NA</th> <th>C</th><th>NC</th><th>NA</th> <th>C</th><th>NC</th><th>NA</th> </tr> <tr> <td>C</td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C</td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C</td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C</td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C</td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C</td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C</td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C</td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C</td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>C</td><td></td><td></td> </tr> </table>																								LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C			C			C			C			C						C			C			C			C			C			C						C			C			C			C			C			C						C			C			C			C			C			C						C			C			C			C			C			C						C			C			C			C			C			C						C			C			C			C			C			C						C			C			C			C			C			C						C			C			C			C			C			C						C		
LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO																																																																																																																																																																																																																																													
C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA																																																																																																																																																																																																																																											
C			C			C			C			C						C																																																																																																																																																																																																																																													
C			C			C			C			C						C																																																																																																																																																																																																																																													
C			C			C			C			C						C																																																																																																																																																																																																																																													
C			C			C			C			C						C																																																																																																																																																																																																																																													
C			C			C			C			C						C																																																																																																																																																																																																																																													
C			C			C			C			C						C																																																																																																																																																																																																																																													
C			C			C			C			C						C																																																																																																																																																																																																																																													
C			C			C			C			C						C																																																																																																																																																																																																																																													
C			C			C			C			C						C																																																																																																																																																																																																																																													
La extensión eléctrica indica el voltaje de corriente en la que se puede utilizar?																																																																																																																																																																																																																																																															
La extensión eléctrica cuenta con la conexión polo a tierra?																																																																																																																																																																																																																																																															
El cable de la extensión eléctrica se encuentra en buenas condiciones libre?																																																																																																																																																																																																																																																															
Los enchufes están en buenas condiciones de uso sin trozaduras o quiebres?																																																																																																																																																																																																																																																															
El largo de la extensión está de acuerdo a lo requerido en el área de trabajo?																																																																																																																																																																																																																																																															
Su aislación está en buen estado (sin cortes, ni cables expuestos, etc)?																																																																																																																																																																																																																																																															
La conexión macho-hembra tienen cables a la vista?																																																																																																																																																																																																																																																															
Las cajas de enchufes múltiples están protegidas contra golpes?																																																																																																																																																																																																																																																															
La extensión eléctrica no están expuestas a humedad y se encuentran bajo techo?																																																																																																																																																																																																																																																															
FIRMA DIARIA DEL OPERADOR												FIRMA DIARIA SST																																																																																																																																																																																																																																																			
LUNES <u>[Firma]</u>												LUNES <u>[Firma]</u>																																																																																																																																																																																																																																																			
MARTES <u>[Firma]</u>												MARTES <u>[Firma]</u>																																																																																																																																																																																																																																																			
MIÉRCOLES <u>[Firma]</u>												MIÉRCOLES <u>[Firma]</u>																																																																																																																																																																																																																																																			
JUEVES <u>[Firma]</u>												JUEVES <u>[Firma]</u>																																																																																																																																																																																																																																																			
VIERNES <u>[Firma]</u>												VIERNES <u>[Firma]</u>																																																																																																																																																																																																																																																			
SABADO <u>[Firma]</u>												SABADO <u>[Firma]</u>																																																																																																																																																																																																																																																			
DOMINGO <u>[Firma]</u>												DOMINGO <u>[Firma]</u>																																																																																																																																																																																																																																																			
DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO												IDENTIFICACIÓN DE ANÁLISIS DE CAUSA												ACCIÓN TOMADA																																																																																																																																																																																																																																							
FIRMA DEL ENCARGADO.																																																																																																																																																																																																																																																															

 UT SAN DIEGO <small>2026</small> <small>NIT 901.95.2.3.00.1</small>	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL EXTENSIÓN ELECTRICA	CODIGO: FT-SST-038 FECHA: 25/07/2025 VERSION: 001																																																																																																																																																																																																																																								
NOMBRE DEL OPERADOR DEL EQUIPO: <u>Juan Pulido</u>		EXTENSIÓN No. <u>1</u>																																																																																																																																																																																																																																								
SEMANA DEL <u>29/06/16</u> AL <u>05/07/16</u> MES <u>Julio</u> DEL AÑO <u>2026</u>																																																																																																																																																																																																																																										
PROYECTO: <u>Estación Av. 68</u>		TORRE: <u>Ma</u>																																																																																																																																																																																																																																								
CONDICIONES DE SEGURIDAD	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th colspan="3">LUNES</th> <th colspan="3">MARTES</th> <th colspan="3">MIÉRCOLES</th> <th colspan="3">JUEVES</th> <th colspan="3">VIERNES</th> <th colspan="3">SABADO</th> <th colspan="3">DOMINGO</th> </tr> <tr> <th>C</th><th>NC</th><th>NA</th> <th>C</th><th>NC</th><th>NA</th> <th>C</th><th>NC</th><th>NA</th> <th>C</th><th>NC</th><th>NA</th> <th>C</th><th>NC</th><th>NA</th> <th>C</th><th>NC</th><th>NA</th> <th>C</th><th>NC</th><th>NA</th> </tr> <tr> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																								LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C			C			C			C			C									C			C			C			C			C									C			C			C			C			C									C			C			C			C			C									C			C			C			C			C									C			C			C			C			C									C			C			C			C			C									C			C			C			C			C								
LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO																																																																																																																																																																																																																								
C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA																																																																																																																																																																																																																						
C			C			C			C			C																																																																																																																																																																																																																														
C			C			C			C			C																																																																																																																																																																																																																														
C			C			C			C			C																																																																																																																																																																																																																														
C			C			C			C			C																																																																																																																																																																																																																														
C			C			C			C			C																																																																																																																																																																																																																														
C			C			C			C			C																																																																																																																																																																																																																														
C			C			C			C			C																																																																																																																																																																																																																														
C			C			C			C			C																																																																																																																																																																																																																														
La extensión eléctrica indica el voltaje de corriente en la que se puede utilizar?																																																																																																																																																																																																																																										
La extensión eléctrica cuenta con la conexión polo a tierra?																																																																																																																																																																																																																																										
El cable de la extensión eléctrica se encuentra en buenas condiciones libre?																																																																																																																																																																																																																																										
Los enchufes están en buenas condiciones de uso sin trozaduras o quiebres?																																																																																																																																																																																																																																										
El largo de la extensión está de acuerdo a lo requerido en el área de trabajo?																																																																																																																																																																																																																																										
Su aislación está en buen estado (sin cortes, ni cables expuestos, etc)?																																																																																																																																																																																																																																										
La conexión macho-hembra tienen cables a la vista?																																																																																																																																																																																																																																										
Las cajas de enchufes múltiples están protegidas contra golpes?																																																																																																																																																																																																																																										
La extensión eléctrica no están expuestas a humedad y se encuentran bajo techo?																																																																																																																																																																																																																																										
FIRMA DIARIA DEL OPERADOR												FIRMA DIARIA SST																																																																																																																																																																																																																														
LUNES						MARTES						LUNES						MARTES																																																																																																																																																																																																																								
Juan Pulido						Juan Pulido																																																																																																																																																																																																																																				
MIÉRCOLES						JUEVES						MIÉRCOLES						JUEVES																																																																																																																																																																																																																								
Juan Pulido						Juan Pulido																																																																																																																																																																																																																																				
VIERNES						SABADO						VIERNES						SABADO																																																																																																																																																																																																																								
Juan Pulido																																																																																																																																																																																																																																										
DOMINGO												DOMINGO																																																																																																																																																																																																																														
Juan Pulido																																																																																																																																																																																																																																										
DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO												IDENTIFICACIÓN DE ANÁLISIS DE CAUSA												ACCIÓN TOMADA																																																																																																																																																																																																																		
FIRMA DEL ENCARGADO.																																																																																																																																																																																																																																										

 UT SAN DIEGO <small>2025</small> <small>NOT: MAY 2025</small>	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL EXTENSIÓN ELECTRICA	CODIGO: FT-SST-038 FECHA: 25/07/2025 VERSION: 001																																																																																																																																																																																																																																								
NOMBRE DEL OPERADOR DEL EQUIPO: <u>Fernando Cavallos</u>		EXTENSIÓN No. <u>2.</u>																																																																																																																																																																																																																																								
SEMANA DEL <u>29/06/26</u> AL <u>05/07/26</u> MES <u>Julio</u> DEL AÑO <u>2026</u>																																																																																																																																																																																																																																										
PROYECTO: <u>ESTACION Av. 68</u>		TORRE: <u>N/A</u>																																																																																																																																																																																																																																								
CONDICIONES DE SEGURIDAD	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th colspan="3">LUNES</th> <th colspan="3">MARTES</th> <th colspan="3">MIERCOLES</th> <th colspan="3">JUEVES</th> <th colspan="3">VIERNES</th> <th colspan="3">SABADO</th> <th colspan="3">DOMINGO</th> </tr> <tr> <th>C</th><th>NC</th><th>NA</th> <th>C</th><th>NC</th><th>NA</th> <th>C</th><th>NC</th><th>NA</th> <th>C</th><th>NC</th><th>NA</th> <th>C</th><th>NC</th><th>NA</th> <th>C</th><th>NC</th><th>NA</th> <th>C</th><th>NC</th><th>NA</th> </tr> <tr> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td>C</td><td></td><td></td> </tr> </table>																								LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C			C			C												C			C			C			C												C			C			C			C												C			C			C			C												C			C			C			C												C			C			C			C												C			C			C			C												C			C			C			C												C		
LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO																																																																																																																																																																																																																								
C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA																																																																																																																																																																																																																						
C			C			C												C																																																																																																																																																																																																																								
C			C			C												C																																																																																																																																																																																																																								
C			C			C												C																																																																																																																																																																																																																								
C			C			C												C																																																																																																																																																																																																																								
C			C			C												C																																																																																																																																																																																																																								
C			C			C												C																																																																																																																																																																																																																								
C			C			C												C																																																																																																																																																																																																																								
C			C			C												C																																																																																																																																																																																																																								
FIRMA DIARIA DEL OPERADOR												FIRMA DIARIA SST																																																																																																																																																																																																																														
LUNES 						MARTES 						LUNES 						MARTES 																																																																																																																																																																																																																								
MIÉRCOLES 						JUEVES 						MIÉRCOLES 						JUEVES 																																																																																																																																																																																																																								
VIERNES 						SABADO 						VIERNES 						SABADO 																																																																																																																																																																																																																								
DOMINGO 						DOMINGO 																																																																																																																																																																																																																																				
DESCRIPCION DEL HALLAZGO												IDENTIFICACION DE ANALISIS DE CAUSA												ACCION TOMADA																																																																																																																																																																																																																		
FIRMA DEL ENCARGADO.																																																																																																																																																																																																																																										

 UT SAN DIEGO <small>UNIVERSITY OF TEXAS AT SAN DIEGO</small>		LISTA DE CHEQUEO ESCALERAS		CODIGO: FT-SST-011 FECHA: JULIO 21 DE 2025 VERSION: 001																	
PROYECTO/ OBRA: ESTACION A-68		AREA DE TRABAJO: OPERATIVO																			
TIPO DE ESCALERA: Piedrabla		PROCESO:		DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD: DBC d2																	
ALUMINIO TIJERA	TIJERA CON PLATAFORMA																				
ALUMINIO EXTENSIBLE	TELESCOPICA																				
SEMANA DEL 24 AL 5 DE A AÑO 26		OBSERVACIONES:																			
MARQUE CON UNA X SEGUN CORRESPONDA																					
CONDICIONES DE SEGURIDAD	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A
La zona esta libre de escombros, acopio de material o cualquier otro elemento	C			C			C			C			C						C		
La escalera está sin defectos, está libre de proyecciones (clavos, tornillos, etc)	C			C			C			C			C						C		
Todos los travesaños están libres de fisuras, están completos, conservan la misma distancia y están encajados	C			C			C			C			C						C		
La distancia entre la pared y el pie de la escalera deberá ser por lo menos de 1/4 de longitud de la misma.	C			C			C			C			C						C		
Hay empalme entre si de dos o mas escaleras			NA			NA			NA			NA			NA						NA
La longitud máxima de la escalera simple será de cinco metros. En ningún caso sobrepasa esta medida.	C			C			C			C			C						C		
La distancia máxima entre travesaño será de cuarenta (40) centímetros	C			C			C			C			C						C		
Los travesaños deberán estar apoyados mediante largueros de la escalera y asegurados por medio tornillos.	C			C			C			C			C						C		
Agarrarse con ambas manos al subir o bajar.	C			C			C			C			C						C		
Al subir o bajar hacerlo de frente a la esclera.	C			C			C			C			C						C		
Si hay riesgo eléctrico se ha determinado que el material de la escalera no es eléctrico	C			C			C			C			C						C		
Elias se proyectan 1 metro arriba del punto de trabajo, por lo menos?	C			C			C			C			C						C		

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ESPECIFICOS																						
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ESPECIFICOS		LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
		C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A
Arnes de cuerpo completo		C			C			C			C			C						C		
Cinturón (posicionamiento, en Y, sencilla)		C			C			C			C			C						C		
Casco con barbuquejo		C			C			C			C			C						C		
Guantes de seguridad		C			C			C			C			C						C		
Botas de seguridad con suela antideslizante/dieléctricas		C			C			C			C			C						C		
Guarda de seguridad		C			C			C			C			C						C		
Otro:		C			C			C			C			C						C		
ALTURA APROXIMADA		5mts			3mts			3mts			3mts			3mts			/			3mts		
OBSERVACIONES																						
NOMBRE DEL INSPECTOR SST QUE REALIZO LA VERIFICACION		CEDULA DEL INSPECTOR			NOMBRE TRABAJADORES									CEDULA DE LOS TRABAJADORES								
Michael Castro		10000000000000000000			Samuel Suarez									6032390229								
FIRMA DEL REPRESENTANTE DE COPASSTYO BRIGADISTA																						
FIRMA DIARIA TRABAJADOR		LUNES			MARTE			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
FIRMA DIARIA COORDINADOR TA		M.H.C.			M.H.C.			M.H.C.			M.H.C.			M.H.C.			/			M.H.C.		
		LUNES			MARTE			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES						SABADO		

UT SAN DIEGO		LISTA DE CHEQUEO ESCALERAS		CODIGO: FT-SST-011																	
				FECHA: JULIO 21 DE 2025																	
				VERSION: 001																	
PROYECTO/ OBRA: Estación Avenida 18		AREA DE TRABAJO: Operativo																			
TIPO DE ESCALERA:		PROCESO:		DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD:																	
ALUMINIO TIJERA				OBC OL																	
TUJERA CON PLATAFORMA																					
ALUMINIO EXTENSIBLE																					
TELESCOPICA																					
SEMANA DEL 24 AL 05 DE 7 AÑO 26		OBSERVACIONES:																			
MARQUE CON UNA X SEGUN CORRESPONDA																					
CONDICIONES DE SEGURIDAD	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A
La zona esta libre de escombros, acopio de material o cualquier otro elemento	C			C			C						C						C		
La escalera está sin defectos, está libre de proyecciones (clavos, tornillos, etc)	C			C			C						C						C		
Todos los travesaños están libres de fisuras, están completos, conservan la misma distancia y están encajados	C			C			C						C						C		
La distancia entre la pared y el pie de la escalera deberá ser por lo menos de 1/4 de longitud de la misma.	C			C			C						C						C		
Hay empalme entre si de dos o mas escaleras			N/A			N/A			N/A						N/A						N/A
La longitud máxima de la escalera simple será de cinco metros. En ningún caso sobrepasa esta medida.	C			C			C						C						C		
La distancia máxima entre travesaño será de cuarenta (40) centímetros.	C			C			C						C						C		
Los travesaños deberán estar apoyados mediante largueros de la escalera y asegurados por medio tornillos.	C			C			C						C						C		
Agarrarse con ambas manos al subir o bajar.	C			C			C						C						C		
Al subir o bajar hacerlo de frente a la escalera.	C			C			C						C						C		
Si hay riesgo eléctrico se ha determinado que el material de la escalera no es eléctrico	C			C			C						C						C		
Ellos se proyectan 1 metro arriba del punto de trabajo, por lo menos?	C			C			C						C						C		

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ESPECIFICOS																						
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ESPECIFICOS		LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
		C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A			
Arnes de cuerpo completo		C			C			C			C			C			C			C		
Eslinga (posicionamiento, en Y, sencilla)		C			C			C			C			C			C			C		
Casco con barbuquejo		C			C			C			C			C			C			C		
Gafas de seguridad		C			C			C			C			C			C			C		
Botas de seguridad con suela antideslizante/ dieléctricas		C			C			C			C			C			C			C		
Guantes de seguridad		C			C			C			C			C			C			C		
Otros																						
ALTURA APROXIMADA																						
OBSERVACIONES:																						
NOMBRE DEL INSPECTOR SST QUE REALIZÓ LA VERIFICACIÓN					CEDULA DEL INSPECTOR					NOMBRE TRABAJADORES					CEDULA DE LOS TRABAJADORES							
Michael Castro					000046135					Fernando Casallas					5421341							
FIRMA DEL REPRESENTANTE DE COMASST Y/O BRIGADISTA																						
FIRMA DIARIA TRABAJADOR		LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
FIRMA DIARIA COORDINADOR TA		LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
		[Firma]			[Firma]			[Firma]			[Firma]			[Firma]			[Firma]			[Firma]		

UT SAN DIEGO		LISTA DE CHEQUEO ANDAMIO		CODIGO: FT-SST-045																			
				FECHA 22/08/2025																			
				VERSION: 001																			
PROYECTO/ OBRA: <u>Estación Avenida 68</u>			AREA DE TRABAJO: <u>ORC OL</u>																				
TIPO DE ANDAMIO: <u>colgante</u> <u>tubular</u>			PROCESO: <u>OPERATIVO</u>																				
FIJO <u>MOVIL</u>			DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD: <u>DESMONTE COBIERTA</u>																				
SEMANA DEL <u>29</u> AL <u>05</u> DE <u>7</u> AÑO <u>25</u>			OBSERVACIONES:																				
CONDICIONES DE SEGURIDAD			MARQUE CON UNA X SEGUN CORRESPONDA																				
			LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
			C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A
La zona está libre de escombros, acopio de material o cualquier otro elemento			C			C			C			C									C		
Se ha instalado señalización / demarcado el perímetro del área			C			C			C			C									C		
La Superficie de apoyo (el Piso) es firme y plana es rígida y soporta la carga máxima de diseño, sin hundirse o desplazarse.			C			C			C			C									C		
Andamio diseñado para soportar 4 veces el peso de la totalidad de personas, equipo, materiales			C			C			C			C									C		
Se asegura que los andamios no sean remolcados por algún vehículo.			C			C			C			C									C		
Zapatillas y ruedas correctamente posicionadas y con el freno activado?			C			C			C			C									C		
Posee acceso seguro y adecuado? (escalera para subir y bajar)			C			C			C			C									C		
El punto de anclaje de la línea de vida es independiente al sistema de anclaje del andamio					N/A			N/A			N/A			N/A							C		
Se ensambla la plataforma desde el nivel mas bajo			C			C			C			C									C		
Esta instalado a una viga o estructura solida y estable del edificio					N/A			N/A			N/A			N/A							C		
Las cerchas estan sujetas a la estructura.					N/A			N/A			N/A			N/A							C		
Los ganchos estan en buen estado, no presentan oxido ni desgaste			C			C			C			C									C		
La guaya esta asegurada y en buen estado					N/A			N/A			N/A			N/A							C		
Cuenta con Grapas de sujeción necesarios y se encuentra en buen estado			C			C			C			C									C		
La guaya esta libre de nudos					N/A			N/A			N/A			N/A							C		
La guaya esta libre de hilos sueltos o reventados					N/A			N/A			N/A			N/A							C		
La guaya presenta oxidación					N/A			N/A			N/A			N/A							C		
Las Grapas de sujeción (pernos) son compatibles y cuentan con el diametro adecuado para la guaya					N/A			N/A			N/A			N/A							C		
La plataforma del andamio esta completa y asegurada			C			C			C			C									C		
Los tabloncillos estan asegurados al andamio					N/A			N/A			N/A			N/A							C		
Presentan fisuras los tabloncillos					N/A			N/A			N/A			N/A							C		
Se permite el libre desplazamiento del trabajador sobre la plataforma			C			C			C			C									C		

Powered by CamScanner

UT SAN DIEGO		LISTA DE CHEQUEO ANDAMIO										CODIGO: FT-55T-045											
												FECHA 22/08/2025											
												VERSION: 001											
PROYECTO/ OBRA:		Estación Avenida 68										AREA DE TRABAJO: OPERATIVO											
TIPO DE ANDAMIO:		colgante		tubular		PROCESO:		DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD:															
FIJO		MOVIL						OBC 01															
SEMANA DEL 29 AL 5 DE AÑO 28		OBSERVACIONES:										RUBRO											
MARQUE CON UNA X SEGUN CORRESPONDA																							
CONDICIONES DE SEGURIDAD		LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			
		C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	
La zona esta libre de escombros, acopio de material o cualquier otro elemento		C			C																		
Se ha instalado señalización / demarcado el perimetro del area		C			C																		
La Superficie de apoyo (el Piso) es firme y plana es rigida y soporta la carga máxima de diseño, sin hundirse o desplazarse.		C			C																		
Andamio diseñado para soportar 4 veces el peso de la totalidad de personas, equipo, materiales		C			C																		
Se asegura que los andamios no sean remolcados por algún vehículo.		C			C																		
Zapatillas y ruedas correctamente posicionadas y con el freno activo?		C			C																		
Posee acceso seguro y adecuado? (escalera para subir y bajar)		C			C																		
El punto de anclaje de la línea de vida es independiente al sistema de anclaje del andamio																							
Se ensamble la plataforma desde el nivel mas bajo		C			C																		
Esta instalado a una viga o estructura solida y estable del edificio																							
Las cerchas estan sujetas a la estructura.																							
Los ganchos estan en buen estado, no presentan oxido ni desgaste		C			C																		
La guaya esta asegurada y en buen estado																							
Cuenta con Grapas de sujeción necesarios y se encuentra en buen estado		C			C																		
La guaya esta libre de nudos																							
La guaya esta libre de hilos sueltos o reventados																							
La guaya presenta oxidación																							
Las Grapas de sujeción (perros) son compatibles y cuentan con el diametro adecuado para la guaya																							
La plataforma del andamio esta completa y asegurada		C			C																		
Los tabloncillos estan asegurados al andamio																							
Presentan fisuras los tabloncillos																							
Se permite el libre desplazamiento del trabajador sobre la plataforma		C			C																		

Powered by CamScanner

UNION TEMPORAL SAN DIEGO 2020		CODIGO: FT-SST-024													
		VERSION: 01													
		VIGENTE DESDE: 15/10/2025													
		PAGINA: 1 DE 1													
FECHA DE INSPECCION:		Semana Del 29 Al 5 Mes Julio										AREA: OPERATIVA			
INSPECCION REALIZADA POR:		JUAN P. RIVERA										GRUPO DE TRABAJO:			
ITEM DE CALIFICACION		REVISION BUENO (B)-MALO (M) /MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LA MAQUINA SI-NO/USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL/SI-NO													
ITEM	REVISION	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Domingo	
		Bueno	Malo	Bueno	Malo	Bueno	Malo	Bueno	Malo	Bueno	Malo	Bueno	Malo	Bueno	Malo
ESTADO GENERAL DE LA MAQUINA	Estructura de soporte	B		B		B		B		B		B		B	
	Llantas de transporte	B		B		B		B		B		B		B	
	Soporte superior de carga (manija)	B		B		B		B		B		B		B	
	Soportes de anclaje	B		B		B		B		B		B		B	
	Bomba de compresion	B		B		B		B		B		B		B	
MOTOR	Encendido	B		B		B		B		B		B		B	
	Estado general	B		B		B		B		B		B		B	
	Tanque	B		B		B		B		B		B		B	
	Radiador	B		B		B		B		B		B		B	
	Medidor de aire	B		B		B		B		B		B		B	
	Valvula de seguridad	B		B		B		B		B		B		B	
	Regulador	B		B		B		B		B		B		B	
CABLEADO	Acoples (Pines y Abrazaderas)	B		B		B		B		B		B		B	
	Correas	B		B		B		B		B		B		B	
	Puntos de conexión de la maquina	B		B		B		B		B		B		B	
	Manguera	B		B		B		B		B		B		B	
PISTOLA	Estado general de pinzas de conexión a tierra	B		B		B		B		B		B		B	
	Cables de conexión	B		B		B		B		B		B		B	
	Estado del depósito, (sin grietas o fisuras)	B		B		B		B		B		B		B	
	Manguera de conexión	B		B		B		B		B		B		B	
MANTENIMIENTO O PREVENTIVO	Estructura de la pistola	B		B		B		B		B		B		B	
	Conexión (compresor-pistola)	B		B		B		B		B		B		B	
	Regulación de aire	B		B		B		B		B		B		B	
	Componentes externos y especialmente los internos, libres de suciedad y polvo	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
El operador tiene sus EPP completos (Casco-barboquejo, gafas de seguridad, tapa oídos, delantal de carnaza, botas de seguridad, guantes de vaqueta, camisa, pantalón).	Realiza limpieza general de la máquina, puesto que la acumulación de impurezas es frecuente debido a la absorción de aire que realiza el compresor	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
OBSERVACIONES GENERALES:															
NOTA IMPORTANTE: Las Inspecciones pre operacional de máquina (COMPRESOR), debe realizarla un integrante de los siguientes cargos: Técnico Operativo/Conductores/ Operario/ Operario Calificado Ingeniero mecánico/ Coordinador, Profesional SST - Técnico SST.															
FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INSPECCION				FIRMA O NOMBRE DEL ENCARGADO				NOMBRE Y APELLIDO DE QUIEN REVISÓ SST							

UT SAN DIEGO		Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo													
FORMATO INSPECCION EQUIPOS DE TRABAJO EN ALTURA		COORDO: FT-SS1-004													
		FECHA: 21/07/2025													
		VERSION: 001													
PROYECTO: ESTACION AV68		ACTIVIDAD: OBCO2													
FECHA DE INICIO: 29/06/26		FECHA FINAL: 05/07/26													
INSPECCIONADO POR: Alberto Montero		CARGO: Oficial													
MARCA ARNES: SECURITY		SERIE ARNES: 443													
ELEMENTO A REVISAR	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
ARNES	Angulo en "D" dorsal (dirección de cables)					SI		SI		SI				SI	
	Angulo en "D" anterior (aproximo y desuena cambiados)					SI		SI		SI				SI	
	Angulos en "D" lateral (posicionamiento)					SI		SI		SI				SI	
	Elabon percho de ajuste rapido					SI		SI		SI				SI	
	Elabon percho de ajuste rapido					SI		SI		SI				SI	
	La cinta esta libre de deshilachaduras, fibras rotas, cortadas, abrazones, quemaduras o deterioración					SI		SI		SI				SI	
	La cinta esta libre de hilos sueltos o costuras rotas					SI		SI		SI				SI	
	El módulo del arnés es completamente legible					SI		SI		SI				SI	
	El soporte dorsal se encuentra en buen estado sin roturas					SI		SI		SI				SI	
	MARCA ESQUINA														
ESQUINA	La eslinga no presenta corchos					SI		SI		SI				SI	
	Los hilos se encuentran sin enredos					SI		SI		SI				SI	
	La eslinga esta desentrelazada					SI		SI		SI				SI	
	La eslinga esta libre de protuberancias					SI		SI		SI				SI	
	Los hilos externos cuentan con el mismo diametro					SI		SI		SI				SI	
	Los hilos se encuentran en buenas condiciones (no presentan quemaduras o estan cortados)					SI		SI		SI				SI	
	La etiqueta es visible y esta en buenas condiciones					SI		SI		SI				SI	
	La cinta de la eslinga se encuentra sin quemaduras					SI		SI		SI				SI	
	Los ojos de la eslinga se encuentran en condiciones óptimas, sin hilos rotos					SI		SI		SI				SI	
MARCA LINEA DE VIDA TIPO MANILA															
LINEA DE VIDA TIPO MANILA	El cuerpo de la eslinga es uniforme, no presenta deshilachaduras o quemaduras					SI		SI		SI				SI	
	Los guantes cubren protegen la eslinga perfectamente					SI		SI		SI				SI	
	La longitud de seguridad de los eslingueros segun su función perfectamente					SI		SI		SI				SI	
	El eslinga es completamente legible					SI		SI		SI				SI	
REGISTRO DIARIO		LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
FIRMA DE LA OPERACION															
FOTO BUENO COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS															
FIRMA DEL REPRESENTANTE DE COPASST Y JO BORGADA															

	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 12	CÓDIGO:	IM 01
		VERSIÓN:	0
		FECHA:	21/07/2025
		Página 35 de 40	

Anexo 15.5 Acta de accidentabilidad Junio-Julio

Medellín, 17 de julio de 2026

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. - ARL SURA S.A.

HACE CONSTAR

Que la empresa UNION TEMPORAL SAN DIEGO 2026, NIT N901957338, no presenta accidentes de trabajo desde el 20 de junio de 2026 hasta el 17 de julio de 2026.

La presente constancia se expide a solicitud de la empresa.

Para información adicional puede comunicarse con nuestra Línea de Atención 018000 51

Atentamente,



Dirección de Higiene, Seguridad y Ambiente

Dirección IP: 200.118.80.31, 192.230.104.18, 172.16.42.57.

	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 12	CÓDIGO:	IM 01
		VERSION:	0
		FECHA:	21/07/2025
		Página 36 de 40	

Anexo 15.6 Exámenes médicos



LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1

Dir: Cra 41 B # 9 -11

Cel: 316 752 9642

Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL					
23 DÍA	12 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA)	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS					
Ciudad									
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE									
INSTALACIONES Y CUBIERTAS EL PAISA SAS NIT:900454260-1									
Nombre de la empresa									
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)									
VANEGAS ALMANZA JUAN CAMILO				Genero		Edad		Documento de identificación	
				Masculino		33 Años		CC	1024532064
Apellidos y Nombres						Tipo		Número	
Cargo									
AUXILIAR									
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL									
APTO CON RECOMENDACION									
Observaciones: No Aplica									
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS									
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES DE APTITUD			
NINGUNA				PERMANENTE		USO DE CORRECCION VISUAL			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:									
EVALUACIÓN OCUPACIONAL				✓		AUDIOMETRIA		✓	
VISIOMETRIA				✓		PERFIL LIPIDICO		✓	
GLICEMIA				✓		OSTEOMUSCULAR		✓	
RECOMENDACIONES MEDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES				HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	
CONTROL POR OPTOMETRIA				USO DE EPP				EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES									
RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA									
" USAR ELEMENTOS DE PROTECCI" N ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEG" N "REA DE TRABAJO.									
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.									
" CAPACITACI" N EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS									
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOL" GICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES EN ALTURAS									
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)									
" H" BITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.									
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE									
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.									
MÉDICO				Aspirante o Trabajador					
Firma:				Firma:					
Nombre: TAYDE AVILA GARCIA				Nombre: VANEGAS ALMANZA JUAN CAMILO					
R.M.: 32716395 L.S.O.: 3274-2022				CC 1024532064					



LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1

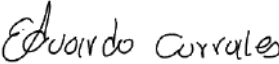
Dir: Cra 41 B # 9 -11

Cel: 316 752 9642

Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL					
10 DÍA	11 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA)	EVALUACIÓN OCUPACIONAL PERIODICO - ALTURAS - ESPACIOS CONFINADOS					
Ciudad									
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE									
INSTALACIONES Y CUBIERTAS EL PAISA SAS NIT:900454260-1									
Nombre de la empresa									
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)									
CORRALES RINCON EDUARDO ANDRES				Genero		Edad		Documento de Identificación	
				Masculino		34 Años		CC	1065886662
Apellidos y Nombres						Tipo		Número	
Cargo									
AYUDANTE INSTALADOR DE CUBIERTAS Y SOLDADOR									
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL									
APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION									
Observaciones: No Aplica									
APTO		PARA TRABAJAR EN ALTURAS							
APTO		PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS							
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES DE APTITUD			
NINGUNA				PERMANENTE		NINGUNO			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:									
EVALUACIÓN OCUPACIONAL				✓		AUDIOMETRIA		✓	
VISIOMETRIA				✓		PERFIL LIPIDICO		✓	
GLICEMIA				✓		ESPIROMETRIA		✓	
OSTEOMUSCULAR				✓					
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES				HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	
NINGUNO				USO DE EPP				EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES									
RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA									
" USAR ELEMENTOS DE PROTECCI" N ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEG" N " REA DE TRABAJO.									
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.									
" CAPACITACI" N EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS									
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOL" GICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES EN ALTURAS									
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)									
" H" BITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.									
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE									
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.									
MÉDICO				Aspirante o Trabajador					
									
Firma:				Firma:					
Nombre: TAYDE AVILA GARCIA				Nombre: CORRALES RINCON EDUARDO ANDRES					
R.M.: 32716395 L.S.O.: 3274-2022				CC: 1065886662					

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	CORRALES RINCON EDUARDO ANDRES		
Identificación:	CC	Número:	1.065.886.662
Fecha de Nacimiento:	05/04/1991	Edad:	34 AÑOS
Género:	M	Identidad de Género:	MASCULINO
RH:	0+	Ciudad - Sede:	BOGOTA
Estado civil:	SOLTERO	Escolaridad:	BACHILLER
Estrato:	2	Ciudad:	BOGOTA
Dirección:	CR75K#58B32SUR	Teléfono:	3205983840
Acompañante:		Tel. Acompañante:	
Empresa:	INSTALACIONES Y CUBIERTAS EL PAISA SAS NIT:900454260-1	Cargo:	AYUDANTE INSTALADOR DE CUBIERTAS Y SOLDADOR
Sede:	LECMAC MEDIC SAS		

TIPO EXAMEN: ESPIROMETRIA

EXAMENES REALIZADOS

1. ESPIROMETRIA

CONCEPTO: SATISFACTORIO

TIPOEXAMEN: ESPIROMETRIA

EXAMENES REALIZADOS

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CURVA FLUJOVOLUMEN DENTRO DE PARAMETROS NORMALES.

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Andrea G. Benavides V.

Andrea Gimenna Benavides Vasquez
CC 1.070.585.753 R.M 5959
Fisioterapeuta
Firma y sello del medico evaluador

Nombre: CORRALES RINCON EDUARDO ANDRES
Documento 1.065.886.662
Firma trabajadora



LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1

Dir: Cra 41 B # 9 -11

Cel: 316 752 9642

Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL					
07 DÍA	01 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA)	EVALUACIÓN OCUPACIONAL PERIODICO - ALTURAS					
Ciudad									
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE									
INSTALACIONES Y CUBIERTAS EL PAISA SAS									
Nombre de la empresa									
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)									
CIFUENTES QUINTERO JOHN JAIRO				Genero		Edad		Documento de identificación	
				Masculino		44 Años		CC	80544840
Apellidos y Nombres						Tipo		Número	
Cargo INSTALADOR									
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL									
APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION									
Observaciones: No Aplica									
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS									
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES DE APTITUD			
NINGUNA				PERMANENTE		NINGUNA			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:									
AUDIOMETRIA				✓		VISIOMETRIA		✓	
PERFIL LIPIDICO				✓		GLICEMIA		✓	
OSTEOMUSCULAR				✓					
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES				HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	
NINGUNA				USO DE EPP				EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES									
RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA									
" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO. CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD									
" REALIZAR LAVADOS DE MANOS DE ACUERDO A LA NORMATIVA DE LA OMS									
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.									
" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS									
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES									
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)									
" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.									
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE									
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.									
MÉDICO				Aspirante o Trabajador					
Firma: 				Firma: 					
Nombre: TAYDE AVILA GARCIA				Nombre: CIFUENTES QUINTERO JOHN JAIRO					
R.M.: 32716395 L.S.O.: 3274-2022				CC: 80544840					

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	CIFUENTES QUINTERO JOHN JAIRO		
Identificación:	CC	Número:	80544840
Fecha de Nacimiento:	08/03/1980	Edad:	44 AÑOS
Género:	M	Identidad de Género:	MASCULINO
RH:	0+	Ciudad - Sede:	BOGOTA
Estado civil:	U. LIBRE	Escolaridad:	BASICA MEDIA
Estrato:	2	Ciudad:	BOGOTA
Dirección:	TOCANCIPA	Teléfono:	3204918631
Acompañante:		Tel. Acompañante:	
Empresa:	INSTALACIONES Y CUBIERTAS EL PAISA SAS	Cargo:	INSTALADOR
Sede:	LECMAC MEDIC SAS		

TIPO EXAMEN: ESPIROMETRIA

EXAMENES REALIZADOS

1. ESPIROMETRIA

CONCEPTO

TIPOEXAMEN: ESPIROMETRIA

EXAMENES REALIZADOS

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CURVA FLUJOVOLUMEN DENTRO DE PARAMETROS NORMALES.

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

ANDREA G. BENAVIDES V.

Andrea G. Benavides Vasquez
FISIOTERAPEUTA
Registro 05059
UNIVERSIDAD MANOELA BELTRAN

Andrea Gimenna Benavides Vasquez
CC 1.070.585.753 R.M 5959
Fisiooterapeuta
Firma y sello del medico evaluador

Nombre: CIFUENTES QUINTERO JOHN JAIRO
Documento: 80544840
Firma del trabajador:



LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1

Dir: Cra 41 B # 9 -11

Cel: 316 752 9642

Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL							
07 DÍA	01 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA)	EVALUACIÓN OCUPACIONAL PERIODICO - ALTURAS							
Ciudad											
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE											
INSTALACIONES Y CUBIERTAS EL PAISA SAS											
Nombre de la empresa											
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)											
HIDALGO ANGARITA LUIS CARLOS				Genero		Edad		Documento de Identificación			
				Masculino		59 Años		CC	79389517		
Apellidos y Nombres						Tipo		Número			
Cargo								INSTALADOR			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL								APTO CON RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION			
Observaciones: No Aplica											
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS											
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES DE APTITUD					
NINGUNA				PERMANENTE		NINGUNA					
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:											
AUDIOMETRIA				✓		VISIOMETRIA				✓	
PERFIL LIPIDICO				✓		GLICEMIA				✓	
ESPIROMETRIA				✓		OSTEOMUSCULAR				✓	
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES				HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES			
CONTROL ANUAL POR MEDICO GENERAL				USO DE EPP				EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES											
RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA											
" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO. CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD											
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.											
" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL											
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES											
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)											
" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE											
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE											
" ASISTIR A MEDICO GENERAL POR SU EPS											
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.											
MÉDICO				Aspirante o Trabajador							
								Firma: Luis carlos Hidalgo			
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO				Nombre: HIDALGO ANGARITA LUIS CARLOS							
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022				CC: 79389517							



LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1

Dir: Cra 41 B # 9 -11

Cel: 316 752 9642

Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL					
30 DÍA	08 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA)	EVALUACIÓN OCUPACIONAL PERIODICO - ALTURAS					
Ciudad									
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE									
INSTALACIONES Y CUBIERTAS EL PAISA SAS NIT: 900454260-1									
Nombre de la empresa									
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)									
DOMINGUEZ MORENO JOSE SATURNINO				Genero		Edad		Documento de Identificación	
				Masculino		45 Años		CC	8321319
Apellidos y Nombres						Tipo		Número	
Cargo INSTALADOR DE CUBIERTAS									
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL									
APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION									
Observaciones: No Aplica									
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS									
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES DE APTITUD			
NINGUNA				PERMANENTE		NINGUNO			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:									
EVALUACIÓN OCUPACIONAL				✓		AUDIOMETRIA		✓	
VISIOMETRIA				✓		PERFIL LIPIDICO		✓	
GLICEMIA				✓		OSTEOMUSCULAR		✓	
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES				HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	
NINGUNO				USO DE EPP				EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES									
RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA									
" USAR ELEMENTOS DE PROTECCI" N ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEG" N " REA DE TRABAJO.									
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.									
" CAPACITACI" N EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS									
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOL" GICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES EN ALTURAS									
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)									
" H" BITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.									
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE									
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.									
MÉDICO				Aspirante o Trabajador					
Firma:				Firma:					
Nombre: TAYDE AVILA GARCIA				Nombre: DOMINGUEZ MORENO JOSE SATURNINO					
R.M.: 32716395 L.S.O.: 3274-2022				CC 8321319					

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	DOMINGUEZ MORENO JOSE SATURNINO			
Identificación:	CC	Número:	8321319	
Fecha de Nacimiento:	15/11/1979	Edad:	45 AÑOS	
Género:	M	Identidad de Género:	MASCULINO	
RH:	0+	Ciudad - Sede:	BOGOTA	
Estado civil:	SOLTERO	Escolaridad:	PRIMARIA	
Estrato:	2	Ciudad:	BOGOTA	
Dirección:	BOSA	Teléfono:	3046327863	
Acompañante:		Tel. Acompañante:		
Empresa:	INSTALACIONES Y CUBIERTAS EL PAISA SAS		Cargo:	INSTALADOR
Sede:	LECMAC MEDIC SAS			

TIPO EXAMEN: ESPIROMETRIA

EXAMENES REALIZADOS

1. ESPIROMETRIA

CONCEPTO

TIPOEXAMEN: ESPIROMETRIA

EXAMENES REALIZADOS

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CURVA FLUJOVOLUMEN DENTRO DE PARAMETROS NORMALES.

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Jose Dominguez

Andrea G. Benavides V.



Andrea Gimenna Benavides Vasquez
CC 1.070.585.753 R.M 5959
Fisioterapeuta
Firma y sello del medico evaluador

Nombre: DOMINGUEZ MORENO JOSE SATURNINO
Documento: 8321319
Firma del trabajador :



LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1

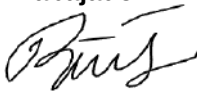
Dir: Cra 41 B # 9 -11

Cel: 316 752 9642

Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
24 DÍA	10 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA)			
Ciudad			EVALUACIÓN OCUPACIONAL PERIODICO - ALTURAS			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE						
INSTALACIONES Y CUBIERTAS EL PAISA SAS NIT: 900454260-1						
Nombre de la empresa						
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)						
PEÑA CARRANZA RONY DEYBER			Genero	Edad	Documento de Identificación	
			Masculino	42 Años	CC	80739620
Apellidos y Nombres			Tipo	Número		
Cargo INSTALADOR DE CUBIERTAS						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL PUEDE CONTINUAR SIN RESTRICCIONES						
Observaciones: No Aplica						
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS						
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO		RECOMENDACIONES DE APTITUD		
NINGUNA		PERMANENTE		NINGUNA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:						
EVALUACIÓN OCUPACIONAL		✓		AUDIOMETRIA		
VISIOMETRIA		✓		PERFIL LIPIDICO		
GLICEMIA		✓		ESPIROMETRIA		
OSTEOMUSCULAR		✓				
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES		
NINGUNA		USO DE EPP		EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA						
" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO.						
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.						
" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y TRABAJO EN ALTURAS						
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES						
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)						
" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.						
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE						
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.						
MÉDICO		Aspirante o Trabajador				
Firma: 		Firma: 				
Nombre: TAYDE AVILA GARCIA		Nombre: PEÑA CARRANZA RONY DEYBER				
R.M.: 32716395 L.S.O.: 3274-2022		CC 80739620				

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	PEÑA CARRANZA RONY DEYBER		
Identificación:	CC	Número:	80739620
Fecha de Nacimiento:	01/10/1983	Edad:	41
Género:	M	Identidad de Género:	MASCULINO
RH:	O+	Ciudad - Sede:	BOGOTA
Estado civil:	CASADO	Escolaridad:	BACHILLER
Estrato:	2	Ciudad:	BOGOTA
Dirección:	CR86H BIS#67-27SUR	Teléfono:	3204388941
Acompañante:		Tel. Acompañante:	
Empresa:	INSTALACIONES Y CUBIERTAS EL PAISA SAS	Cargo:	INSTALADOR
Sede:	LECMAC MEDIC SAS		

TIPO EXAMEN: ESPIROMETRIA

EXAMENES REALIZADOS

1. ESPIROMETRIA

CONCEPTO

TIPOEXAMEN: ESPIROMETRIA

EXAMENES REALIZADOS

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CURVA FLUJO DE VOLUMEN DENTRO DE PARAMETROS NORMALES.

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Andrea G. Benavides V.

Andrea G. Benavides Vasquez
FISIOTERAPEUTA
C.C. 1.070.585.753 R.M. 5959

Andrea Gimenna Benavides Vasquez
CC 1.070.585.753 R.M 5959
Fisiooterapeuta
Firma y sello del medico evaluador

Rony

PEÑA CARRANZA RONY DEYBER
Documento: 80739620
Firma trabajador



LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1

Dir: Cra 41 B # 9 -11

Cel: 316 752 9642

Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
06 DÍA	06 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA)	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS	
Ciudad					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
INSTALACIONES Y CUBIERTAS EL PAISA SAS NIT: 900454260-1					
Nombre de la empresa					
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)					
TORO ARCILA ONILMER			Genero	Edad	Documento de Identificación
			Masculino	31 Años	CC 1007302170
Apellidos y Nombres				Tipo	Número
Cargo INSTALADOR DE CUBIERTAS					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION					
Observaciones: No Aplica					
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS					
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO		RECOMENDACIONES DE APTITUD	
NINGUNA		PERMANENTE		NINGUNA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
EVALUACIÓN OCUPACIONAL		✓		AUDIOMETRIA ✓	
VISIOMETRIA		✓		PERFIL LIPIDICO ✓	
GLICEMIA		✓		ESPIROMETRIA ✓	
OSTEOMUSCULAR		✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	
NINGUNA		USO DE EPP		EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA					
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.					
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES					
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)					
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE					
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.					
MÉDICO		Aspirante o Trabajador			
Firma:		Firma:			
Nombre:		Nombre:			
R.M.:		CC			



LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1

Dir: Cra 41 B # 9 -11

Cel: 316 752 9642

Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL					
10 DÍA	11 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA)	EVALUACIÓN OCUPACIONAL PERIODICO - ALTURAS - ESPACIOS CONFINADOS					
Ciudad									
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE									
INSTALACIONES Y CUBIERTAS EL PAISA SAS NIT:900454260-1									
Nombre de la empresa									
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)									
CORRALES RINCON EDUARDO ANDRES				Genero		Edad		Documento de Identificación	
				Masculino		34 Años		CC	1065886662
Apellidos y Nombres						Tipo		Número	
Cargo									
AYUDANTE INSTALADOR DE CUBIERTAS Y SOLDADOR									
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL									
APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION									
Observaciones: No Aplica									
APTO		PARA TRABAJAR EN ALTURAS							
APTO		PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS							
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES DE APTITUD			
NINGUNA				PERMANENTE		NINGUNO			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:									
EVALUACIÓN OCUPACIONAL				✓		AUDIOMETRIA		✓	
VISIOMETRIA				✓		PERFIL LIPIDICO		✓	
GLICEMIA				✓		ESPIROMETRIA		✓	
OSTEOMUSCULAR				✓					
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES				HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	
NINGUNO				USO DE EPP				EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES									
RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA									
" USAR ELEMENTOS DE PROTECCI" N ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEG" N " REA DE TRABAJO.									
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.									
" CAPACITACI" N EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS									
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOL" GICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES EN ALTURAS									
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)									
" H" BITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.									
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE									
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.									
MÉDICO				Aspirante o Trabajador					
Firma:				Firma:					
Nombre: TAYDE AVILA GARCIA				Nombre: CORRALES RINCON EDUARDO ANDRES					
R.M.: 32716395 L.S.O.: 3274-2022				CC: 1065886662					

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	CORRALES RINCON EDUARDO ANDRES		
Identificación:	CC	Número:	1.065.886.662
Fecha de Nacimiento:	05/04/1991	Edad:	34 AÑOS
Género:	M	Identidad de Género:	MASCULINO
RH:	0+	Ciudad - Sede:	BOGOTA
Estado civil:	SOLTERO	Escolaridad:	BACHILLER
Estrato:	2	Ciudad:	BOGOTA
Dirección:	CR75K#58B32SUR	Teléfono:	3205983840
Acompañante:		Tel. Acompañante:	
Empresa:	INSTALACIONES Y CUBIERTAS EL PAISA SAS NIT:900454260-1	Cargo:	AYUDANTE INSTALADOR DE CUBIERTAS Y SOLDADOR
Sede:	LECMAC MEDIC SAS		

TIPO EXAMEN: ESPIROMETRIA

EXAMENES REALIZADOS

1. ESPIROMETRIA

CONCEPTO: SATISFACTORIO

TIPOEXAMEN: ESPIROMETRIA

EXAMENES REALIZADOS

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CURVA FLUJOVOLUMEN DENTRO DE PARAMETROS NORMALES.

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Andrea G. Benavides V.

Andrea Gimenna Benavides Vasquez
CC 1.070.585.753 R.M 5959
Fisioterapeuta
Firma y sello del medico evaluador

Nombre: CORRALES RINCON EDUARDO ANDRES
Documento 1.065.886.662
Firma trabajadora

	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 12	CÓDIGO:	IM 01
		VERSIÓN:	0
		FECHA:	21/07/2025
		Página 38 de 40	

Anexo 15.7 Competencias, certificados de altura



PREVENCIÓN TÉCNICA EN ALTURAS S.A.S.

NIT. 901.309.746-2
LICENCIA SSTN° 8665
DEL 10 OCTUBRE DE
2019

APROBACIÓN MINISTERIO DE TRABAJO

08SE202022000000023620 del 29 de
julio de 2020

CERTIFICACIÓN NTC 6072:2014 30.380-3
CELAC 18-CPR-002

www.pretalsas.com.co

Av. Calle 57 R sur 76 A 95

313 463 48 14



CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN

En cumplimiento de la Resolución 4272 del Ministerio de Trabajo

OTORGADO A

EDUARDO ANDRES CORRALES RINCON

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1065886662

AFILIADO A LA ARL: BOLIVAR

RAZON SOCIAL: INSTALACIONES Y CUBIERTAS EL PAISA S.A.S

NIT: 900454260-1

REPRESENTANTE LEGAL: JHON GARCIA CC: 75078716

QUIEN CURSÓ Y APROBÓ SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL (REENTRENAMIENTO)

REALIZADO DESDE EL DIA 11 DEL MES DE JULIO HASTA EL DIA 11 DEL MES DE JULIO DEL AÑO 2026

EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.

CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE EL (11) DE (07) DEL (2026)

EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.


Jenny Paola Petáña Gálindo
Representante Legal


ANDRES FELIPE QUINCHE ORJUELA
ENTRENADOR T.A.
Licencia S.O. Resolución 25-2141 del 10 de
noviembre de 2025



PREVENCIÓN TÉCNICA EN ALTURAS S.A.S.

NIT. 901.309.746-2
LICENCIA SSTN° 8665
DEL 10 OCTUBRE DE
2019

APROBACIÓN MINISTERIO DE TRABAJO
08SE202022000000023620 del 29 de
julio de 2020

CERTIFICACIÓN NTC 6072:2014 30.380-2
CELAC 18-CPR-002

www.pretalsas.com.co

Av. Calle 57 R sur 76 A 95
313 463 48 14



CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

En cumplimiento de la Resolución 4272 de 2021 del Ministerio de Trabajo

OTORGADO A

JUAN CAMILO VANEGAS ALMANZA

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1024532064

AFILIADO A LA ARL: BOLIVAR

RAZON SOCIAL: INSTALACIONES Y CUBIERTAS EL PAISA S.A.S

NIT: 900454260-1

REPRESENTANTE LEGAL: JHON GARCIA CC: 75078716

QUIEN CURSÓ Y APROBÓ SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL (TRABAJADOR AUTORIZADO)

REALIZADO DESDE EL DÍA 03 DEL MES DE ENERO HASTA EL DÍA 06 DEL MES DE ENERO DEL AÑO 2026
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.
CON UNA INTENSIDAD DE 32 HORAS

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE EL (06) DE (01) DEL (2026)
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.

Jenny Paola Parada Galindo
Representante Legal

WENDY ZARATE DEBIA
ENTRENADORA T.A.
Licencia S.O Resolución 25-0075 del 6 de febrero
de 2024



PREVENCIÓN TÉCNICA EN ALTURAS S.A.S.

NIT. 901.309.746-2
LICENCIA SSTN° 8665
DEL 10 OCTUBRE DE
2019



APROBACIÓN MINISTERIO DE TRABAJO

08SE2020220000000023620

CERTIFICACIÓN NTC 6072:2014 30.380-2

CELAC 18-CPR-002

www.pretalsas.com.co

Av. Calle 57 R sur 76 A 95

313 463 48 14



CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

En cumplimiento de la Resolución 4272 del Ministerio de Trabajo

OTORGADO A

JOHN JAIRO CIFUENTES QUINTERO

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO DE IDENTIDAD 80544840

AFILIADO A LA ARL: BOLIVAR

RAZON SOCIAL: INSTALACIONES Y CUBIERTAS EL PAISA S.A.S

NIT: 900454260-1

REPRESENTANTE LEGAL: JHON GARCIA CC: 75078716

QUIEN CURSÓ Y APROBÓ SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA

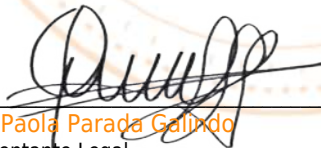
TRABAJO EN ALTURAS NIVEL (REENTRENAMIENTO)

REALIZADO DESDE EL DIA 09 DEL MES DE SEPTIEMBRE HASTA EL DIA 09 DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2025

EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.

CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE EL (09) DE (09) DEL (2025)
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.



Jenny Paola Parada Galindo
Representante Legal



HEBERT OSGAR FANDINO
Entrenador TSA

Licencia S.O Resolución 25-0128 de 16 de Febrero
de 2023

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS ESCUELA DE CAPACITACIÓN EN ALTURAS S.A.S.

NIT. 901658335-5 - Licencia SST. 852 DE 30/01/2023

Aprobación del ministerio 08SE2023220000000037453 - NTC 6072: 2014, Código de acreditación de CELAC 18-CPR-002, Código de certificación 30,469-1

En cumplimiento de la Resolución 4272 del Ministerio de Trabajo

OTORGA A

**ONILMER
TORO ARCILA**

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
1007302170

AFILIADO A LA ARL: BOLIVAR

RAZON SOCIAL: INSTALACIONES Y CUBIERTAS EL PAISA S.A.S

NIT: 900454260-1

REPRESENTANTE LEGAL: JHON GARCIA CC:75078716

QUIEN CURSÓ Y APROBÓ SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE
FORMACIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS

**TRABAJO EN ALTURAS NIVEL
(REENTRENAMIENTO)**

REALIZADO DESDE EL DÍA 07/06/2025 HASTA EL DÍA 07/06/2025 DEL AÑO 2025 EN

LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS.

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE EL (07) DE (Junio) DEL (2025) EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C

SAMIR BARRANCO
REPRESENTANTE LEGAL ECA S.A.S

MARIA ALEJANDRA OCAMPO
ENTRENADOR T.A.

Licencia S.O. Licencia SO 2019060037273 De 07 De Marzo De 2019

CEL. 3132546942

WWW.ESCUELADEALTURAS.COM.CO

CARRERA 26F No 32-30 SUR



PREVENCIÓN TÉCNICA EN ALTURAS S.A.S.

NIT. 901.309.746-2
LICENCIA SSTN° 8665
DEL 10 OCTUBRE DE
2019



APROBACIÓN MINISTERIO DE TRABAJO

08SE2020220000000023620

CERTIFICACIÓN NTC 6072:2014 30.380-2
CELAC 18-CPR-002

www.pretalsas.com.co

Av. Calle 57 R sur 76 A 95

313 463 48 14



CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

En cumplimiento de la Resolución 4272 del Ministerio de Trabajo

OTORGADO A

RONY DEYBER PEÑA CARRANZA

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO DE IDENTIDAD 80739620

AFILIADO A LA ARL: BOLIVAR

RAZON SOCIAL: INSTALACIONES Y CUBIERTAS EL PAISA S A S

NIT: 900454260-1

REPRESENTANTE LEGAL: JHON GARCIA CC: 75078716

QUIEN CURSÓ Y APROBÓ SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL (REENTRENAMIENTO)

REALIZADO DESDE EL DÍA 13 DEL MES DE MARZO HASTA EL DÍA 13 DEL MES DE MARZO DEL AÑO 2025
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.
CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE EL (13) DE (03) DEL (2025)
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.

Jenny Paola Parada Galindo
Representante Legal

ANGELICA MARIA BUITRAGO
ENTRENADOR TSA
Licencia S.O. Resolución 5398 de 26 Noviembre
de 2020



PREVENCIÓN TÉCNICA EN ALTURAS S.A.S.

NIT. 901.309.746-2
LICENCIA SSTN° 8665
DEL 10 OCTUBRE DE
2019



APROBACIÓN MINISTERIO DE TRABAJO

08SE2020220000000023620

CERTIFICACIÓN NTC 6072:2014 30.380-2

CELAC 18-CPR-002

www.pretalsas.com.co

Av. Calle 57 R sur 76 A 95

313 463 48 14



CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

En cumplimiento de la Resolución 4272 del Ministerio de Trabajo

OTORGADO A

JOSE SATURNINO DOMINGUEZ MORENO

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO DE IDENTIDAD 8321319

AFILIADO A LA ARL: BOLIVAR

RAZON SOCIAL: INSTALACIONES Y CUBIERTAS EL PAISA S.A.S

NIT: 900454260-1

REPRESENTANTE LEGAL: JHON JAIRO GARCIA CC: 75078716

QUIEN CURSÓ Y APROBÓ SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL (REENTRENAMIENTO)

REALIZADO DESDE EL DÍA 25 DEL MES DE JULIO HASTA EL DÍA 25 DEL MES DE JULIO DEL AÑO 2024

EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.

CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE EL (25) DE (07) DEL (2024)

EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.

Jenny Paola Parada Galindo
Representante Legal

HEBERT OSCARDY FANDIÑO

Entrenador TSA

Licencia S.O Resolución 25-0128 de 16 de
Febrero de 2023

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS ESCUELA DE CAPACITACIÓN EN ALTURAS S.A.S.

NIT. 901658335-5 - Licencia SST. 852 DE 30/01/2023

Aprobación del ministerio 08SE2023220000000037453 - NTC 6072: 2014, Código de acreditación de CELAC 18-CPR-002, Código de certificación 30,469-1

En cumplimiento de la Resolución 4272 del Ministerio de Trabajo

OTORGA A

**LUIS CARLOS
HIDALGO ANGARITA**

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
79389517

AFILIADO A LA ARL: BOLIVAR

RAZON SOCIAL: INSTALACIONES Y CUBIERTAS EL PAISA S.A.S

NIT: 900454260-1

REPRESENTANTE LEGAL: JHON GARCIA CC: 75078716

QUIEN CURSÓ Y APROBÓ SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE
FORMACIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS

**TRABAJO EN ALTURAS NIVEL
(REENTRENAMIENTO)**

REALIZADO DESDE EL DÍA 11/05/2025 HASTA EL DÍA 11/05/2025 DEL AÑO 2025 EN

LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS.

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE EL (11) DE (Mayo) DEL (2025) EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C

SAMIR BARRANCO
REPRESENTANTE LEGAL ECA S.A.S

MARIA ALEJANDRA OCAMPO
ENTRENADOR T.A.

Licencia S.O. Licencia SO 2019060037273 De 07 De Marzo De 2019

CEL. 3132546942

WWW.ESCULEADEALTURAS.COM.CO

CARRERA 26F No 32-30 SUR



PREVENCIÓN TÉCNICA EN ALTURAS S.A.S.

NIT. 901.309.746-2
LICENCIA SSTN° 8665
DEL 10 OCTUBRE DE
2019



APROBACIÓN MINISTERIO DE TRABAJO

08SE2020220000000023620

CERTIFICACIÓN NTC 6072:2014 30.380-2
CELAC 18-CPR-002

www.pretalsas.com.co

Av. Calle 57 R sur 76 A 95

313 463 48 14



CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

En cumplimiento de la Resolución 4272 del Ministerio de Trabajo

OTORGADO A

EDUARDO ANDRES CORRALES RINCON

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1065886662

AFILIADO A LA ARL: BOLIVAR

RAZON SOCIAL: INSTALACIONES Y CUBIERTAS EL PAISA S.A.S

NIT: 900454260-1

REPRESENTANTE LEGAL: JHON JAIRO GARCIA CC: 75078716

QUIEN CURSÓ Y APROBÓ SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL (REENTRENAMIENTO)

REALIZADO DESDE EL DIA 14 DEL MES DE ENERO HASTA EL DIA 14 DEL MES DE ENERO DEL AÑO 2025
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.
CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE EL (14) DE (01) DEL (2025)
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.

Jenny Paola Parada Galindo
Representante Legal

ELKIN JOSE FANDINO GARZON

Entrenador TSA
Licencia S.O. Resolución 368 de 11/01/2018

	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 12	CÓDIGO:	IM 01
		VERSIÓN:	0
		FECHA:	21/07/2025
		Página 39 de 40	

Anexo 15.8 Planillas de seguridad unión temporal san diego

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
NI	901957338-1	UNION TEMPORAL SAN DIEGO		CL 78 68H-45	3123936292	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 mas			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93278925	06/07/2026	10	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-06	E	\$28,052,273	\$8.685.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	204.600	0		0		0	0	0	0	204.600	2
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	240.100	0		0		0	0	0	0	240.100	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	535.500	0		0		0	0	0	0	535.500	4
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	142.000	0		0		0	0	0	0	142.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	690.400	0	0	0	0	0	0		690.400	2
230301	Porvenir	800224808-8	1.883.600	0	0	0	0	0	0		1.883.600	4
231001	Colfondos	800227940-6	568.000	0	0	0	0	0	0		568.000	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.346.400	0	0	0	0	0	0		1.346.400	3

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	1.952.900				1.952.900	0	0	1.952.900			19.529	1.952.900	10

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.122.200	0	0	1.122.200	10

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	1.122.200	1.122.200
Pensión	4	4.488.400	4.488.400
Riesgos Laborales	1	1.952.900	1.952.900
CCF	1	1.122.200	1.122.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	8.685.700	8.685.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901957338-1	UNION TEMPORAL SAN DIEGO		CL 78 68H-45	3123936292	tesoreria@g63.com.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93278925	06/07/2026	10	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-06	E	\$28,052,273	\$8.685.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES								
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cédula	Subtipo	Extranjero	Colomb. extranjero	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TOP	TAP	VSP	VST	USP	USP	USP	USP	USP	USP	USP	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clas. de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1000049135	CASTRO RODRIGUEZ MICHELL ESTEFAN	1	0			S									X							230201	2.115.000	30	338.400	0	0	0	0	EPS002	2.115.000	30	84.600	14-11	2.115.000	30	5	147.300	CCF24	2.115.000	30	84.600	0	0	0	0	0
2	CC 1010222519	PERDOMO CASTILLO SANTIAGO ALEJANDRO	1	0			S									X							230301	1.971.818	30	315.500	0	0	0	0	EPS008	1.971.818	30	78.900	14-11	1.971.818	30	5	137.300	CCF24	1.971.818	30	78.900	0	0	0	0	0
3	CC 1031173144	FLOREZ FONSECA PABLO ENRIQUE	1	0			S									X							230301	2.000.455	30	320.100	0	0	0	0	EPS005	2.000.455	30	80.100	14-11	2.000.455	30	5	139.300	CCF24	2.000.455	30	80.100	0	0	0	0	0
4	CC 1065134004	PINTO ARRIETA ALEJANDRA VANESA	1	0			S																230301	3.000.000	30	480.000	0	0	0	0	EPS002	3.000.000	30	120.000	14-11	3.000.000	30	5	208.800	CCF24	3.000.000	30	120.000	0	0	0	0	0
5	CC 11188374	REY SANCHEZ LUIS ALBERTO	1	0			S																230201	2.200.000	30	352.000	0	0	0	0	EPS005	2.200.000	30	88.000	14-11	2.200.000	30	5	153.200	CCF24	2.200.000	30	88.000	0	0	0	0	0
6	CC 1121959926	CORTES REINA JESSICA LORANY	1	0			S																25-14	1.800.000	30	288.000	0	0	0	0	EPS005	1.800.000	30	72.000	14-11	1.800.000	30	5	125.300	CCF24	1.800.000	30	72.000	0	0	0	0	0
7	CC 1193643511	CONTRERAS SANDOVAL TANIA CATHERINE	1	0			S									X							25-14	2.115.000	30	338.400	0	0	0	0	EPS008	2.115.000	30	84.600	14-11	2.115.000	30	5	147.300	CCF24	2.115.000	30	84.600	0	0	0	0	0
8	CC 79618420	HINESTROZA GARCIA FREDDY ENRIQUE	1	0			S																25-14	4.500.000	30	720.000	0	0	0	0	EPS008	4.500.000	30	180.000	14-11	4.500.000	30	5	313.200	CCF24	4.500.000	30	180.000	0	0	0	0	0
9	CC 79848797	GUEVARA MURILLO EDWARD	1	0			S																230301	4.800.000	30	768.000	0	0	0	0	EPS008	4.800.000	30	192.000	14-11	4.800.000	30	5	334.100	CCF24	4.800.000	30	192.000	0	0	0	0	0
10	CC 80904412	PATARROYO MAHECHA CESAR AUGUSTO	1	0			S																231001	3.550.000	30	568.000	0	0	0	0	EPS017	3.550.000	30	142.000	14-11	3.550.000	30	5	247.100	CCF24	3.550.000	30	142.000	0	0	0	0	0

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900462686-9	G63 INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS SAS		CALLE 41 No 20 - 25	3204125917	tesoreria@g63.com.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93279041	06/07/2026	7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-06	E	\$15,355,940	\$3.720.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	104.100	0		0		0	0	0	0	104.100	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	300.200	0		0		0	0	0	0	300.200	3
EPS010	EPS Sura	800088702-2	140.200	0		0		0	0	0	0	140.200	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	560.400	0	0	0	0	0	0		560.400	2
230301	Porvenir	800224808-8	1.480.600	0	0	0	0	0	0		1.480.600	4

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	450.700				450.700	0	0	450.700			4.507	450.700	7

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte
CCF24	Compensar Caja					860066942-7	614.600
							Días Mora
							Valor Mora Aporte
							Total a Pagar
							No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	614.600	614.600
Pensión	2	2.041.000	2.041.000
Riesgos Laborales	1	450.700	450.700
CCF	1	614.600	614.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	3.720.900	3.720.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900462686-9	G63 INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS SAS		CALLE 41 No 20 - 25	3204125917	tesoreria@g63.co.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93279041	06/07/2026	7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-06	E	\$15,355,940	\$3.720.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES													
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subsocio	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	ING	RET	TDE	TAE	TAP	UPP	VST	SAJ	ISE	UJA	UC	AN	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1032469117	GUEVARA AMAYA JESSICA MARCELA	1	0			S																230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
2	CC 1032482190	GUEVARA AMAYA NATHALIA	1	0			S																230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	1	9.200	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
3	CC 1086279555	LONDOÑO GONZALEZ YEINI LEANDRA	1	0			S																230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS010	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	1	9.200	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
4	CC 20958780	RODRIGUEZ GONZALEZ YOMAIRA	1	0			S																230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	1	9.200	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
5	CC 51736054	GUTIERREZ BARRETO JENNY	1	3			S																		0	0	0	0	0	0	EPS005	2.601.415	30	104.100	14-11	2.601.415	30	1	13.600	CCF24	2.601.415	30	104.100	0	0	0	0	0
6	CC 52388342	ARIZA MEDINA INES	1	0			S																230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS010	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	1	9.200	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
7	CC 79848797	GUEVARA MURILLO EDWARD	1	0			S																230301	4.000.000	30	640.000	0	0	0	0	EPS008	4.000.000	30	160.000	14-11	4.000.000	30	5	278.400	CCF24	4.000.000	30	160.000	0	0	0	0	0

	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 12	CÓDIGO:	IM 01
		VERSION:	0
		FECHA:	21/07/2025
		Página 40 de 40	

Anexo 15.9 Listado activo del personal

LISTADO DEL PERSONAL ACTIVO

UNION TEMPORAL SAN DIEGO 2026			
ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	CARGO
1	ALEJANDRA VANESA PINTO ARRIETA	1.065.134.004	INGENIERO DE CALIDAD Y SST
2	CESAR AGUSTO PATARROYO MAHECHA	80.904.412	ARQUITECTO RESIDENTE DE OBRA
3	FLOREZ FONSECA PABLO ENRIQUE	1.031.173.144	INSPECTOR OBRA
4	JESSICA LORANYN CORTES REINA	1.121.959.926	INGENIERA AMBIENTAL
5	MICHEL ESTEFAN CASTRO RODRIGUEZ	1.000.049.135	INSPECTOR DE CALIDAD Y SST
6	TANIA CATHERINE CONTRERAS SANDOVAL	11.936.435.711	INSPECTORA AMBIENTAL
7	FREDDY HINESTROZA GARCIA	79.618.420	INGENIERO RESIDENTE DE OBRA
8	PERDOMO CASTILLO SANTIAGO ALEJANDRO	1.010.222.519	INSPECTOR DE OBRA
9	LUIS ALBERTO REY SANCHEZ	11.188.374	ALMACENISTA
10	EDWARD GUEVARA MURILLO	79.848.797	GERENTE

G63			
ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	CARGO
1	GUEVARA AMAYA JESSICA MARCELA	1.032.469.117	COORDINADORA
2	ARIZA MEDINA INES	52.388.342	AUXILIAR ADMINISTRATIVO