

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ING. MARIO GABRIEL JIMENEZ

Frete de Obra:

Cno 11 N° 31-21 Normal Nacional Cobajo

Version: 0

Fecha: 7/02/2022

NOMBRE	CEDULA	CONTRATISTA	CARGO	FECHA DE ENTREGA	MOTIVO DE ENTREGA:				CHALECO REFLECTIVO	CASCO	BOTA CAUCHO DE SEGURIDAD	PROTECTOR AUDITIVO		PROTECTOR RESPIRATORIO		GUANTES			CARETA SOLDADURA	GAFAS DE SEGURIDAD	GAFAS SOLDADURA	ALCOHOL GLICERINADO	DESINFECTANTE	ATOMIZADOR	TRAJE ANTIFLUIDO	TRAJE IMPERMEABLE	OTROS	FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCION		
					PRIMERA VEZ	REPOSICION PERIODICA	DESGASTE DEL E. P. P.	PERDIDA				INSERCCION	DE COPA	VAPORES	MATERIAL PARTICULADO-BIOLÓGICO	LATEX	VAQUETA	CAUCHO											NITRILO	
Pierro Reyes	110505884	1163 (11)	Operario		<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>																					
Luis H. Sandoval	4376410		Apilador		<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>																					
Jorge D. Combaro	110478120		Apilador		<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>																					
Fabian P. Sandoval	11701564634		Apilador		<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>																					
Luis Sandoval	14235868		Apilador		<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>																					
Yamil Combaro	110514610		Apilador		<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>																					
Edilberto Reyes	93403554		Apilador		<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>																					

DETALLE DE OTROS:

Patrola Comiso

El colaborador manifiesta haber recibido capacitación sobre los riesgos para los cuales debe ser usado el elemento de protección personal suministrado y se obliga a reportar de manera inmediata cualquier daño, pérdida o desgaste para proceder a su respectiva reposición, además se compromete a darle el uso adecuado y en caso de daño o pérdida intencional o la no devolución, el colaborador autoriza a el ING. MARIO GABRIEL JIMENEZ para que descuenta el valor correspondiente de los salarios y/o prestaciones sociales.

ELABORÓ

NOMBRE:
CARGO:
FIRMA:

CONTRATO DE OBRA CIVIL PARA LA OPTIMIZACION Y/O MEJORAMIENTO DEL SERVICIO EN LOS SISTEMAS DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO, EN EL PRIMERIETO HIDRAULICO DE LA EMPRESA IBAQUERENA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO IBAI S.A. E.S.P.

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ING. MARIO GABRIEL JIMENEZ MARTINEZ

Version: 0

Fecha de Obra:

Fecha: 17/02/2022

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FECHA DE ENTREGA	MOTIVO DE ENTREGA:				CHALECO REFLECTIVO	CASCO	BOTA CAUCHO DE SEGURIDAD	PROTECTOR AUDITIVO		PROTECTOR RESPIRATORIO		GUANTES					CARETA SOLDADURA	GAFAS DE SEGURIDAD	GAFAS SOLDADURA	PETO SOLDADURA	POLAINAS	IMPERMEABLE	ARNES	OTROS	FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCION			
				PRIMERA VEZ	REPOSICION PERIODICA	DESGASTE DEL E.P.P.	PERDIDA				INSERCCION	DE COPA	VAPORES	MATERIAL PARTICULADO	CARNAZA	VAQUETA	CAUCHO	DIELECTRICOS	SOLDADOR										NITRILO		
Diana Yujillo	111056457	Operario	26/02/2022	✓																											
Luis Villavejo	111056354	Operario	26/02/2022	✓																											
Diana Hernandez	14121417	Operario	26/02/2022	✓																											
Jose S. Corrales	111057565	Operario	26/02/2022	✓																											
Dorwin Gonzalez	1068392	Operario	26/02/2022	✓																											
Juan Brenner	111057549	Operario	26/02/2022	✓																											
Johan Emilio Mevise	1063740250	Operario	26/02/2022	✓																											

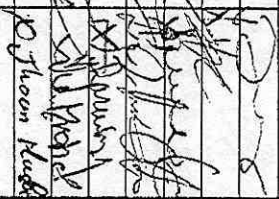
DETALLE DE OTROS: patalon y botas de seguridad

El colaborador manifiesta haber recibido capacitación sobre los riesgos para los cuales debe ser usado el elemento de protección personal suministrado y se obliga a reportar de manera inmediata cualquier daño, pérdida o desgaste para proceder a su respectiva reposición, además se compromete a darle el uso adecuado y en caso de daño o pérdida intencional o la no devolución, el colaborador autoriza a el Ing. Mario Gabriel Jimenez Martinez para que descuenta el valor correspondiente de los salarios y/o prestaciones sociales.

NOMBRE:
CARGO:
FIRMA:

ELABORADO



Firma de recibido a satisfacción:

 P. J. Tacon Rueda

ING. MARIO GABIEL
JIMENEZ

INFORME DE SISTEMA DE GESTION
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



ANEXO 05
EXAMENES DE INGRESO



DR GABRIEL MENESES
MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
1.110.491.860-3

MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD
2 67 6901
316 224 7199 - 316 629 8211
USUARIO.MEDISSAT@GMAIL.COM

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL HISTORIAL MEDICO N. 396031005754864

EMPRESA CONTRATANTE: SUAREZ CONSTRUCCIONES JSM S.A.S. NIT: 901.360.698-2

MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO

FECHA:2022-05-20

NOMBRE: YULBRAINER GOMEZ ALAPE

C.C: 1005754864

CARGO: AYUDANTE

CIUDAD: IBAGUE



A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES:

EXAMEN AUDITIVO: NO SE HIZO EXAMENES
EXAMEN DE VISION: NO SE HIZO EXAMENES
ESPIROMETRÍA: NO SE HIZO EXAMENES
EXAMEN PSICOLOGICO: NO SE HIZO EXAMENES
LABORATORIOS:NO SE HICIERON LABORATORIO
TIPO DE SANGRE:(A+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO

ANOTACION: APTO PARA EL CURSO DE ALTURAS

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:

OCUPACIONALES:

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

REMISION A EPS: NO APLICA
REMISION A ARL: NO APLICA

HIGIENE POSTURAL:SI
UTILIZACIÓN DE EPP:SI

EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM:SI
DEJAR EL HABITO DE FUMAR:SI

INCLUIR EL SVE:

VISUAL: SI / AUDITIVO:SI / QUÍMICO:SI / ERGONÓMICO:SI /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA DE LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y/O OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL. COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACIÓN. AUTORIZO A QUE SE SUMINISTRE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LA PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O AQUELLAS PERSONAS SEGÚN LO COMPETE LA LEY O QUE YO AUTORIZO POR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA, TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE HISTORIA CLÍNICA QUE ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICA ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

PACIENTE APTO PARA CURSO DE ALTURAS

1). SE RECOMIENDA, CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EPP Y EN AUTOCUIDADO. PROPORCIONAR EPP ESPECÍFICO CONTRA EL VIRUS DEL COVID-19, DEPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE ENTRENAMIENTO.
2). REPORTAR OPORTUNAMENTE SI PRESENTA SINTOMATOLOGÍA COMO (FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CONGESTIÓN NASAL) A SU INSTRUCTOR.
3) INSPECCIONE ANTES, DURANTE Y DESPUÉS, LAS CONDICIONES DE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS. ASIMISMO TOMA LAS MEDIDAS NECESARIAS EN CASO DE HALLAR SEÑALES DE DESGASTE INUSUALES O QUE INDIQUEN EL FIN DE SU VIDA ÚTIL.

NOMBRE DEL MÉDICO:

GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON

Gabriel A. Meneses Varón
MÉDICO GENERAL
Y ESP. EN SST
C.C. 1110491860-3
NIT. 901.360.698-2



FIRMA DEL TRABAJADOR

Yulbrainer Gomez Alape

REGISTRO DEL PROFESIONAL:RM 1110491860- RES. N° 73483 DE ABRIL DE 2018

COMPRUEBE SU CERTIFICADO

C.C: 1005754864



DR GABRIEL MENESES
MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
1.110.491.860-3

© MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD
© 2 67 6901
© 316 224 7199 - 316 629 8211
© USUARIO.MEDISSAT@GMAIL.COM

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL HISTORIAL MEDICO N. 396021068392

EMPRESA CONTRATANTE: SUAREZ CONSTRUCCIONES JSM S.A.S. NIT: 901.360.698-2



MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO

FECHA: 2022-05-20

NOMBRE: DARWIN OSMER GONZALEZ GONZALEZ

C.C: 1068392

CARGO: AYUDANTE

CIUDAD: I

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN AUDITIVO: NO SE HIZO EXAMENES
EXAMEN DE VISION: NO SE HIZO EXAMENES
ESPIROMETRIA: NO SE HIZO EXAMENES
EXAMEN PSICOLOGICO: NO SE HIZO EXAMENES
LABORATORIOS: NO SE HICIERON LABORATORIO
TIPO DE SANGRE: (O+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO

ANOTACION: APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS: SI

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:

OCUPACIONALES:

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

REMISION A EPS: NO APLICA
REMISION A ARL: NO APLICA

HIGIENE POSTURAL: SI
UTILIZACION DE EPP: SI

EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM: SI

INCLUIR EL SVE:
ERGONOMICO: SI /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA DE LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y/O OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL, COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACIÓN, AUTORIZO A QUE SE SUMINISTRE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LAS PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O AQUELLAS PERSONAS SEGÚN LO COMPETE LA LEY O QUE YO AUTORIZO POR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA, TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE HISTORIA CLÍNICA QUE ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICA ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

EXAMEN MEDICO SATISFACTORIO

- 1). SE RECOMIENDA, CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EPP Y EN AUTOCUIDADO. PROPORCIONAR EPP ESPECÍFICO CONTRA EL VIRUS DEL COVID-19, DEPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE TRABAJO Y LAS TAREAS EN CUESTIÓN.
- 2). REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO 20 MINUTOS 3 DÍAS DE LA SEMANA.
- 3) REPORTAR OPORTUNAMENTE SI PRESENTA SINTOMATOLOGIA COMO (FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CONGESTIÓN NASAL) A SU JEFE INMEDIATO.
- 4) CONTROL OPTOMETRICO ANUAL POR EPS INICIAR CONTROL AMBULATORIO DE PYP POR EPS

NOMBRE DEL MÉDICO:
GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON

Gabriel A. Meneses Varón
MÉDICO GENERAL
Y ESP. EN SST
C.C. 1110491860-3
NIT. 901.360.698-2



FIRMA DEL TRABAJADOR

Darwin

REGISTRO DEL PROFESIONAL: RM 1110491860- RES. N° 73483 DE
ABRIL DE 2018

COMPRUEBE SU
CERTIFICADO

C.C: 1068392



DR GABRIEL MENESES
MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
1.110.491.860-3

MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD
2 67 6901
316 224 7199 - 316 629 8211
USUARIO.MEDISSAT@GMAIL.COM

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL HISTORIAL MEDICO N. 396611110575659

EMPRESA CONTRATANTE: SUAREZ CONSTRUCCIONES JSM S.A.S. NIT: 901.360.698-2

MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO

FECHA: 2022-05-21

NOMBRE: JOSE DAVID CORTES CAICEDO

C.C: 1110575659

CARGO: OFICIAL DE CONSTRUCCION

CIUDAD: IBAGUE



A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN AUDITIVO: NO SE HIZO EXAMENES
EXAMEN DE VISION: NO SE HIZO EXAMENES
ESPIROMETRIA: NO SE HIZO EXAMENES
EXAMEN PSICOLOGICO: NO SE HIZO EXAMENES
LABORATORIOS: NO SE HICIERON LABORATORIO
TIPO DE SANGRE: (B+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO

ANOTACION: APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:

OCUPACIONALES:

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

REMISION A EPS: NO APLICA
REMISION A ARL: NO APLICA

HIGIENE POSTURAL: SI
UTILIZACION DE EPP: SI

EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM: SI
DEJAR EL HABITO DE FUMAR: SI

INCLUIR EL SVE:

VISUAL: SI / AUDITIVO: SI / QUÍMICO: SI / ERGONÓMICO: SI /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA DE LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL, COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACIÓN. AUTORIZO A QUE SE SUMINISTRE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LA PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O AQUELLAS PERSONAS SEGÚN LO COMPETE LA LEY O QUE YO AUTORICE POR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA, TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE HISTORIA CLÍNICA QUE ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICA ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

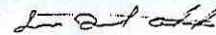
- 1). SE RECOMIENDA, CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EPP Y EN AUTOCUIDADO. PROPORCIONAR EPP ESPECÍFICO CONTRA EL VIRUS DEL COVID-19, DEPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE TRABAJO Y LAS TAREAS EN CUESTIÓN.
- 2). REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO 20 MINUTOS 3 DÍAS DE LA SEMANA.
- 3) REPORTAR OPORTUNAMENTE SI PRESENTA SINTOMATOLOGÍA COMO (FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CONGESTIÓN NASAL) A SU JEFE INMEDIATO.
- 4) CONTROL OPTOMÉTRICO ANUAL POR EPS INICIAR CONTROL AMBULATORIO DE PYP POR EPS

NOMBRE DEL MÉDICO:
GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON


Gabriel A. Meneses Varón
MÉDICO GENERAL
Y ESP. EN SST
C.C. 1110575659
C.E. 107 7343



FIRMA DEL TRABAJADOR



REGISTRO DEL PROFESIONAL: RM 1110491860- RES. N° 73483 DE
ABRIL DE 2018

COMPRUEBE SU
CERTIFICADO

C.C: 1110575659



DR GABRIEL MENESES
MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
1.110.491.860-3

MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD
C 2 67 6901
316 224 7199 - 316 629 8211
USUARIO.MEDISSAT@GMAIL.COM

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL HISTORIAL MEDICO N. 3960114137491

EMPRESA CONTRATANTE: SUAREZ CONSTRUCCIONES JSM S.A.S. NIT: 901.360.698-2

MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO

FECHA: 2022-05-20

NOMBRE: JHON EDICSON GOMEZ PELAEZ

C.C: 14137491

CARGO: MAESTRO

CIUDAD: IBAGUE



A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN AUDITIVO: NO SE HIZO EXAMENES
EXAMEN DE VISION: NO SE HIZO EXAMENES
ESPIROMETRÍA: NO SE HIZO EXAMENES
EXAMEN PSICOLOGICO: NO SE HIZO EXAMENES
LABORATORIOS: NO SE HICIERON LABORATORIO
TIPO DE SANGRE: (AB+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO

ANOTACION: APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:

OCUPACIONALES:

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

REMISION A EPS: NO APLICA
REMISION A ARL: NO APLICA

HIGINE POSTURAL: SI
UTILIZACIÓN DE EPP: SI

EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM: SI

INCLUIR EL SVE:

VISUAL: SI / AUDITIVO: SI / QUÍMICO: SI / ERGONÓMICO: SI /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA DE LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y/O OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACIÓN. AUTORIZO A QUE SE SUMINISTRE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LA PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O AQUELLAS PERSONAS SEGÚN LO COMPETE LA LEY O QUE YO AUTORICE POR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA, TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE HISTORIA CLÍNICA QUE ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICA ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

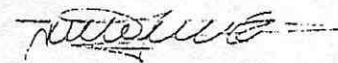
- 1). SE RECOMIENDA, CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EPP Y EN AUTOCUIDADO. PROPORCIONAR EPP ESPECÍFICO CONTRA EL VIRUS DEL COVID-19, DEPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE TRABAJO Y LAS TAREAS EN CUESTIÓN.
- 2). REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO 20 MINUTOS 3 DÍAS DE LA SEMANA.
- 3) REPORTAR OPORTUNAMENTE SI PRESENTA SINTOMATOLOGÍA COMO (FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CONGESTIÓN NASAL) A SU JEFE INMEDIATO.
- 4) CONTROL OPTOMETRICO ANUAL POR EPS INICIAR CONTROL AMBULATORIO DE PYP POR EPS

NOMBRE DEL MÉDICO:
GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON


Gabriel A. Meneses Varón
MÉDICO GENERAL
Y ESP. EN SST
C.C. 14137491



FIRMA DEL TRABAJADOR



REGISTRO DEL PROFESIONAL: RM 1110491860- RES. N° 73483 DE ABRIL DE 2018

COMPRUEBE SU
CERTIFICADO

C.C: 14137491



DR GABRIEL MENESES
MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
1.110.491.860-3

MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD
2 67 6901
316 224 7199 - 316 629 8211
USUARIO.MEDISSAT@GMAIL.COM

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL HISTORIAL, MEDICO N. 3985291136121

EMPRESA CONTRATANTE: LUIS ALEJANDRO LOPEZ PONCE DE LEON NIT: 93.413.482-8		
MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO	FECHA: 2022-05-26	
NOMBRE: SAMIR DIAZ RIOS	C.C: 91136121	
CARGO: AYUDANTE DE OBRA	CIUDAD: IBAGUE	

A QUIEN SE LE REALIZAN LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN AUDITIVO: NO SE HIZO EXAMENES
EXAMEN DE VISION: NO SE HIZO EXAMENES
ESPIROMETRÍA: NO SE HIZO EXAMENES
EXAMEN PSICOLÓGICO: NO SE HIZO EXAMENES
LABORATORIOS: NO SE HICIERON LABORATORIO
TIPO DE SANGRE: (O+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO ANOTACION APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS: SI

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:	OCUPACIONALES:	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA
REMISION A EPS: NO APLICA REMISION A ARL: NO APLICA	HIGIENE POSTURAL: SI UTILIZACIÓN DE EPP: SI	EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM: SI



INCLUIR EL SVE:
VISUAL: SI / ERGONOMICO: SI /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA DE LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y/O OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL. COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACIÓN, AUTORIZO A QUE SE SUMINISTRE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LA PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O AQUELLAS PERSONAS SEGÚN LO COMPELTE LA LEY O QUE YO AUTORIZO POR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA, TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE HISTORIA CLÍNICA QUE ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICA ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

EXAMEN MEDICO SATISFACTORIO
1). SE RECOMIENDA, CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EPP Y EN AUTOCUIDADO. PROPORCIONAR EPP ESPECÍFICO CONTRA EL VIRUS DEL COVID-19, DEPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE TRABAJO Y LAS TAREAS EN CUESTIÓN.
2). REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO 20 MINUTOS 3 DÍAS DE LA SEMANA.
3) REPORTAR OPORTUNAMENTE SI PRESENTA SINTOMATOLOGÍA COMO (FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CONGESTIÓN NASAL) A SU JEFE INMEDIATO.
4) CONTROL OPTOMETRICO ANUAL POR EPS INICIAR CONTROL AMBULATORIO DE PYP POR EPS

NOMBRE DEL MÉDICO: GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON 		FIRMA DEL TRABAJADOR SAMIR DIAZ RIOS
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------

REGISTRO DEL PROFESIONAL: RM 1110491860- RES. N° 73483 DE ABRIL DE 2018	COMPRUEBE SU CERTIFICADO	C.C: 91136121
-------------------------------------------------------------------------	--------------------------	---------------



DR GABRIEL MENESES
MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
1.110.491.860-3

© MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD
© 2 67 6901
© 316 224 7199 - 316 629 8211
© USUARIO.MEDI.SSAT@GMAIL.COM

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL HISTORIAL MEDICO N. 3988793396582

EMPRESA CONTRATANTE: LUIS ALEJANDRO LOPEZ PONCE DE LEON NIT: 93.413.482-8



MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO

FECHA:2022-05-27

NOMBRE: CARLOS ALBERTO ARIAS MEDINA

C.C: 93396582

CARGO: AYUDANTE DE CONSTRUCCION

CIUDAD: IBAGUE

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXÁMEN AUDITIVO: NO SE HIZO EXAMENES
EXAMEN DE VISION: NO SE HIZO EXAMENES
ESPIROMETRÍA: NO SE HIZO EXAMENES
EXAMEN PSICOLÓGICO: NO SE HIZO EXAMENES
LABORATORIOS:NO SE HICIERON LABORATORIO
TIPO DE SANGRE:(A+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO

ANOTACION:APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS:SI

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:

OCUPACIONALES:

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

REMISION A EPS: NO APLICA
REMISION A ARL: NO APLICA

HIGINE POSTURAL:SI
UTILIZACIÓN DE EPP:SI

EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM:SI

INCLUIR EL SVE:
ERGONÓMICO:SI /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA DE LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y/O OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL, COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACIÓN, AUTORIZO A QUE SE SUMINISTRE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LA PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACION PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O AQUELLAS PERSONAS SEGÚN LO COMPETE LA LEY O QUE YO AUTORICE POR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA, TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE HISTORIA CLÍNICA QUE ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICA ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

EXAMEN MEDICO SATISFACTORIO

- 1). SE RECOMIENDA, CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EPP Y EN AUTOCUIDADO, PROPORCIONAR EPP ESPECÍFICO CONTRA EL VIRUS DEL COVID-19, DEPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE TRABAJO Y LAS TAREAS EN CUESTIÓN,
- 2).REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO 20 MINUTOS 3 DÍAS DE LA SEMANA.
- 3) REPORTAR OPORTUNAMENTE SI PRESENTA SINTOMATOLOGIA COMO (FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CONGESTIÓN NASAL) A SU JEFE INMEDIATO.
- 4) CONTROL OPTOMÉTRICO ANUAL POR EPS INICIAR CONTROL AMBULATORIO DE PYP POR EPS

NOMBRE DEL MÉDICO:
GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON

Gabriel A. Meneses Varón
MÉDICO GENERAL
Y ESP. EN SST
C.C. 1.110.491.860-3



FIRMA DEL TRABAJADOR

[Handwritten signature]

REGISTRO DEL PROFESIONAL:RM 1110491860- RES. N° 73483 DE ABRIL DE 2018

COMPRUEBE SU CERTIFICADO

C.C: 93396582



DR GABRIEL MENESES
MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
1.110.491.860-3

© MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD
© 2 67 6901
© 316 224 7199 - 316 629 8211
© USUARIO.MEDISSAT@GMAIL.COM

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL HISTORIAL MEDICO N. 407551003821573

EMPRESA CONTRATANTE: SUAREZ CONSTRUCCIONES JSM S.A.S. NIT: 901.360.698-2		
MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO	FECHA: 2022-06-21	
NOMBRE: JARVY ARLEY ORTIZ ROJAS	C.C: 1003821573	
CARGO: AYUDANTE	CIUDAD: IBAGUE	

A QUIEN SE LE REALIZAN LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN AUDITIVO: NO SE HIZO EXÁMENES
EXAMEN DE VISION: NO SE HIZO EXÁMENES
ESPIROMETRÍA: NO SE HIZO EXÁMENES
EXAMEN PSICOLÓGICO: NO SE HIZO EXÁMENES
LABORATORIOS: NO SE HICIERON LABORATORIO
TIPO DE SANGRE: (O+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO ANOTACION: APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIÓN

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS: SI

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:	OCUPACIONALES:	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA
REMISION A EPS: NO APLICA REMISION A ARL: NO APLICA	HIGIENE POSTURAL: SI UTILIZACIÓN DE EPP: SI	EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM: SI

INCLUIR EL SVE:
ERGONÓMICO: SI /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DE ACUERDO A LA RESOLUCION 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCION 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA DE LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y/O OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL. COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACIÓN. AUTORIZO A QUE SE SUMINISTRE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LA PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O AQUELLAS PERSONAS SEGÚN LO COMPETE LA LEY O QUE YO AUTORIZO POR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA, TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE HISTORIA CLÍNICA QUE ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICA ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

EXAMEN MEDICO SATISFACTORIO
1). SE RECOMIENDA, CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EPP Y EN AUTOCUIDADO. PROPORCIONAR EPP ESPECÍFICO CONTRA EL VIRUS DEL COVID-19, DEPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE TRABAJO Y LAS TAREAS EN CUESTIÓN.
2). REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO 20 MINUTOS 3 DÍAS DE LA SEMANA.
3) REPORTAR OPORTUNAMENTE SI PRESENTA SINTOMATOLOGÍA COMO (FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CONGESTIÓN NASAL) A SU JEFE INMEDIATO.
4) CONTROL OPTOMÉTRICO ANUAL POR EPS INICIAR CONTROL AMBULATORIO DE PYP POR EPS

NOMBRE DEL MÉDICO: GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON 		FIRMA DEL TRABAJADOR <i>Arley O. f. c.</i>
---------------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------

REGISTRO DEL PROFESIONAL: RM 1110491860- RES. N° 73483 DE ABRIL DE 2018

COMPRUEBE SU CERTIFICADO

C.C: 1003821573

ING. MARIO GABIEL
JIMENEZ

INFORME DE SISTEMA DE GESTION
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



ANEXO 06
INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD

CONTRATO DE OBRA CIVIL PARA LA OPTIMIZACION Y/O MEJORAMIENTO DEL SERVICIO EN LOS SISTEMAS DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO, EN EL PERIMETRO HIDRAULICO DE LA EMPRESA IBAGUERENA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO IBAL S.A. E.S.P. OFICIAL.

ING. MARIO GABRIEL JIMENEZ - INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD

Version: 0
Fecha: 16/05/2022

PERIODO	No. DE TRABAJADORES	HHT	No. DE ACCIDENTES	DIAS PERDIDOS O CARGADOS	I.F.	I.S.	I.L.I.	I.D.P.	TASA
ABRIL 4 -ABRIL 30 DEL 2022	20	3420	0	0	0	0	0	0	0
JUNIO 1 A JUNIO 30 DEL 2022	19	4446	1	0	0	0	0	0	0

HHT: Horas hombre trabajadas (No.trabajadores*días trabajados*horas trabajadas-incapacidades-permisos)

I.F.: Indice de frecuencia: No. de accidentes/HHT*K

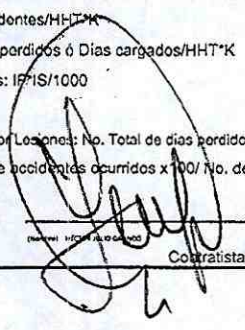
I.S.: Indice de severidad: No. días de perdidos ó Dias cargados/HHT*K

I.L.I.:Indice de lesiones incapacitantes: IP*IS/1000

K : 240000

I.D.P. : Indice Medio de Días Perdidos por Lesiones: No. Total de días perdidos o cargados por lesiones /No. de casos con tiempo perdido

TASA: Tasa de accidentalidad: No. de accidentes ocurridos x 100/ No. de Trabajadores



 Contratista

ING. MARIO GABIEL
JIMENEZ

INFORME DE SISTEMA DE GESTION
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



ANEXO 7
INSPECCION – PREOPERACIONALES

ANEXO 8.
ACTA COPASST

No. Interno: Fecha: 30/03/2022

Plaza: ÚLTIMO MANTENIMIENTO EFECTUADO Marzo 15 2022

Tipo vehículo o maquinaria: Retroexcavadora Horómetro: Kilometraje:

Contratista:

CONDICIONES GENERALES	Día: 21/07/2020			Día: 22/07/2020			Día: 23/07/2020			Día: 24/07/2020			Día: 25/07/2020			Día:			Día:		
	B	M	N.A.	B	M	N.A.	B	M	N.A.	B	M	N.A.	B	M	N.A.	B	M	N.A.	B	M	N.A.

Horometro / Kilometro Nombre del Operador

S E G U R I D A D	No. Interno:																					
	Extintor				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Frenos				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Freno de Seguridad				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Nivel Líquido Frenos				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Dirección				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Nivel Hidráulico				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Llantas				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Orugas				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Línea reflectiva				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

E S T R U C T U R A	Sistema de Luces				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	Bandera				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Bulbo				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Batería (Niveles)				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Encendido				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Otro:				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

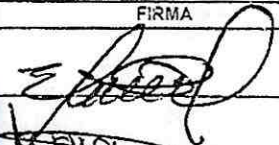

O T R O S	Estructura general				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	Sistema de Anclaje				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Embragues				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Estructura de la Torre				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Cables y Poleas				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Estructura de soporte				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Sistema de Tracción				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Dist. Accionamiento				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Sistema hidráulico				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Compuertas				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

MANTENIMIENTO POR FUERZA MAYOR - CORRECTIVO

--

OBSERVACIONES O RECOMENDACIONES

--

	NOMBRE	FIRMA	FECHA
OPERADOR	Edinson Lozano		04/05/2022
PROFESIONAL SISO	ING. MARIO GABRIEL JIMENEZ		04/05/2022

ING. MARIO GABRIEL JIMENEZ
 INSPECCION DIARIA DE MAQUINARIA Y VEHICULOS

Version: 1
 Fecha: 30/039/2022

No. Interno: _____
 Placa: _____
 Tipo vehiculo o maquinaria: Retriexconadora Mario 15/2022 Horómetro: _____ Kilometraje: _____
 Contratista: _____

CONDICIONES GENERALES	Día: 21/07/2020			Día: 22/07/2020			Día: 23/07/2020			Día: 24/07/2020			Día: 25/07/2020			Día: _____			Día: _____			
	B	M	N.A.	B	M	N.A.	B	M	N.A.	B	M	N.A.	B	M	N.A.	B	M	N.A.	B	M	N.A.	
Horómetro / Kilómetro																						
Nombre del Operador																						
S E G U R I D A D	No. Interno:																					
	Extintor	✓			✓																	
	Frenos	✓			✓																	
	Freno de Seguridad	✓			✓																	
	Nivel Líquido Frenos		✓					✓														
	Dirección	✓			✓																	
	Nivel Hidráulico	✓			✓																	
	Llantas	✓			✓																	
	Orugas		✓			✓																
	Línea reflectiva		✓			✓																
Pto de Reversa	✓			✓																		
Espojos	✓			✓																		
Cinturón de Seguridad	✓			✓																		
Mandos Operación	✓			✓																		
E S L E I S T T E R M I A C O	Sistema de Luces	✓			✓																	
	Banderola	✓			✓																	
	Balica			✓			✓															
	Batería (Niveles)	✓			✓																	
	Encendido	✓			✓																	
	Otro:																					
O T R O S	Estructura general	✓			✓																	
	Sistema de Anclaje	✓			✓																	
	Embragues	✓			✓																	
	Estructura de la Torre			✓			✓															
	Cables y Poleas			✓			✓															
	Estructura de soporte			✓			✓															
	Sistema de Tracción	✓			✓																	
	Sist. Accionamiento	✓			✓																	
	Sistema hidráulico	✓			✓																	
	Compuertas	✓			✓																	
Carpas			✓			✓																
Sistema de Escape	✓			✓																		
Mandos Operación	✓			✓																		
Otro:																						

MANTENIMIENTO POR FUERZA MAYOR - CORRECTIVO

OBSERVACIONES O RECOMENDACIONES

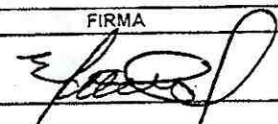
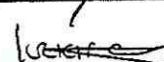
	NOMBRE	FIRMA	FECHA
OPERADOR	Edinson (caran)	<i>[Signature]</i>	02/05/2022
PROFESIONAL SISO	LUIS NO MONTANA	<i>[Signature]</i>	02/05/2022

No. Interno: _____
 Placa: _____ ÚLTIMO MANTENIMIENTO EFECTUADO _____
 Tipo vehículo o maquinaria: MÁQUINA ESCAVADOR Horómetro: _____ Kilometraje: _____
 Contratista: TOS CARO CIVIL

CONDICIONES GENERALES		Día: 21/07/2020			Día: 22/07/2020			Día: 23/07/2020			Día: 24/07/2020			Día: 25/07/2020			Día:			
		B	M	N.A.	B	M	N.A.	B	M	N.A.	B	M	N.A.	B	M	N.A.	B	M	N.A.	
Horómetro / Kilómetro																				
Nombre del Operador																				
S E C U R I D A D	No. Interno:				✓			✓			✓			✓			✓			
	Extintor				✓			✓			✓			✓			✓			
	Frenos				✓			✓			✓			✓			✓			
	Freno de Seguridad				✓			✓			✓			✓			✓			
	Nivel Líquido Frenos				✓			✓			✓			✓			✓			
	Dirección				✓			✓			✓			✓			✓			
	Nivel Hidráulico				✓			✓			✓			✓			✓			
	Llantas				✓			✓			✓			✓			✓			
	Orugas				✓			✓			✓			✓			✓			
	Línea reflectiva				✓			✓			✓			✓			✓			
	Pto de Reverse				✓			✓			✓			✓			✓			
	Espesos				✓			✓			✓			✓			✓			
E L E C T R I C I D A D	Cinturón de Seguridad				✓			✓			✓			✓			✓			
	Mandos Operación				✓			✓			✓			✓			✓			
	Sistema de Luces				✓			✓			✓			✓			✓			
	Banderola				✓			✓			✓			✓			✓			
	Batiza				✓			✓			✓			✓			✓			
	Batería (Niveles)				✓			✓			✓			✓			✓			
	Encendido				✓			✓			✓			✓			✓			
	Otro:				✓			✓			✓			✓			✓			
	O T R O S	Estructura general				✓			✓			✓			✓			✓		
		Sistema de Andaje				✓			✓			✓			✓			✓		
		Embragues				✓			✓			✓			✓			✓		
		Estructura de la Torre				✓			✓			✓			✓			✓		
Cables y Poleas					✓			✓			✓			✓			✓			
Estructura de soporte					✓			✓			✓			✓			✓			
Sistema de Tracción					✓			✓			✓			✓			✓			
Sist. Accionamiento					✓			✓			✓			✓			✓			
Sistema hidráulico					✓			✓			✓			✓			✓			
Compuertas					✓			✓			✓			✓			✓			
Carpas					✓			✓			✓			✓			✓			
Sistema de Escape					✓			✓			✓			✓			✓			
Mandos Operación				✓			✓			✓			✓			✓				
Otro:				✓			✓			✓			✓			✓				

MANTENIMIENTO POR FUERZA MAYOR - CORRECTIVO

OBSERVACIONES O RECOMENDACIONES

	NOMBRE	FIRMA	FECHA
OPERADOR	<u>Edinson Lozano</u>		<u>04/05/2022</u>
PROFESIONAL SISO	<u>Luciano Notholt</u>		<u>04/05/2022</u>

No. Interno: Fecha: 30/03/2022

Placa: ÚLTIMO MANTENIMIENTO EFECTUADO

Tipo vehiculo o maquinaria: MINICARGA Horómetro Kilometraje

Contratista: JOSÉ ALEXANDER TORRES

CONDICIONES GENERALES	Día: 21/07/2020			Día: 22/07/2020			Día: 23/07/2020			Día: 24/07/2020			Día: 25/07/2020			Día:			Día:						
	B	M	N.A.	B	M	N.A.	B	M	N.A.	B	M	N.A.	B	M	N.A.	B	M	N.A.	B	M	N.A.	B	M	N.A.	
Horómetro / Kilómetro																									
Nombre del Operador	Alejandro T.			Alejandro T.			Alejandro T.			Alejandro T.			Alejandro T.			Alejandro T.									
S E C U R I D A D	No. Interno:																								
	Extintor	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Frenos	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Freno de Seguridad	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Nivel Líquido Frenos	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Dirección	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Nivel Hidráulico	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Llantas	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Orugas			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓
	Línea reflectiva			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓
	Pito de Reversa	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Espellos	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Cinturón de Seguridad	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Mandos Operación	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
E L E C T R I F I C A C I O N	Sistema de Luces	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Bandarola	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Balizo			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓
	Batería (Niveles)	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Encendido	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Otro:																								
O T R O S	Estructura general	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Sistema de Anclaje	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Embragues	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Estructura de la Torre			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓
	Cables y Poleas			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓
	Estructura de soporte	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Sistema de Tracción	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Sist. Accionamiento	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Sistema hidráulico	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Compuertas			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓
	Carpas			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓
	Sistema de Escape	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		
Mandos Operación	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			
Otro:																									

MANTENIMIENTO POR FUERZA MAYOR - CORRECTIVO

OBSERVACIONES O RECOMENDACIONES

	NOMBRE	FIRMA	FECHA
OPERADOR	X JOSÉ ALEXANDER TORRES G.	X	09/05/2022
PROFESIONAL SISO	102 KIRA MARTINEZ		09/05/2022

No. Interno: Fecha: 30/03/2022

Placa: ÚLTIMO MANTENIMIENTO EFECTUADO Horómetro: Kilometraje:
 Tipo vehículo o maquinaria: Retroexcavadora

Contralista:

CONDICIONES GENERALES	Día: 21/07/2020			Día: 22/07/2020			Día: 23/07/2020			Día: 24/07/2020			Día: 25/07/2020			Día: 		
	B	M	N.A.	B	M	N.A.	B	M	N.A.	B	M	N.A.	B	M	N.A.	B	M	N.A.

Horómetro / Kilómetro Nombre del Operador

S E G U R I D A D	No. Interno:																	
	Extintor	✓			✓			✓			✓			✓				
	Frenos	✓			✓			✓			✓			✓				
	Freno de Seguridad	✓			✓			✓			✓			✓				
	Nivel Líquido Frenos			✓			✓			✓			✓			✓		
	Dirección	✓			✓			✓			✓			✓				✓
	Nivel Hidráulico	✓			✓			✓			✓			✓				
	Lubricantes	✓			✓			✓			✓			✓				
	Orugas			✓			✓			✓			✓			✓		
	Línea reflectiva			✓			✓			✓			✓			✓		
	Pala de Reversa	✓			✓			✓			✓			✓				
	Espojos	✓			✓			✓			✓			✓				
Cinturón de Seguridad	✓			✓			✓			✓			✓					
Mandos Operación	✓			✓			✓			✓			✓					

E L E C T R I C I D A D	Sistema de Luces	✓			✓			✓			✓			✓				
	Bandera	✓			✓			✓			✓			✓				
	Baliza			✓			✓			✓			✓					
	Batería (Niveles)	✓			✓			✓			✓			✓				
	Encendido	✓			✓			✓			✓			✓				
Otro:																		

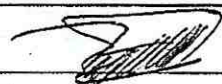
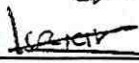
O T R O S	Estructura general	✓			✓			✓			✓			✓				
	Sistema de Anclaje	✓			✓			✓			✓			✓				
	Embragues	✓			✓			✓			✓			✓				
	Estructura de la Torre			✓			✓			✓			✓			✓		
	Cables y Poleas			✓			✓			✓			✓			✓		
	Estructura de soporte			✓			✓			✓			✓			✓		
	Sistema de Tracción	✓			✓			✓			✓			✓				
	Sist. Accionamiento	✓			✓			✓			✓			✓				
	Sistema hidráulico	✓			✓			✓			✓			✓				
	Compuertas	✓			✓			✓			✓			✓				
	Carpas			✓			✓			✓			✓			✓		
	Sistema de Escape	✓			✓			✓			✓			✓				
Mandos Operación	✓			✓			✓			✓			✓					
Otro:																		

MANTENIMIENTO POR FUERZA MAYOR - CORRECTIVO

--

OBSERVACIONES O RECOMENDACIONES

--

	NOMBRE	FIRMA	FECHA
OPERADOR	<u>Feliciano Jimenez</u>		<u>23/05/2022</u>
PROFESIONAL SIS0	<u>Isabella Martinez</u>		<u>23/05/2022</u>

ING. MARIO GABIEL
JIMENEZ

INFORME DE SISTEMA DE GESTION
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



ANEXO 9

ATS Y PERMISOS DE TRABAJO EN ALTURAS

ING. MARIO GABRIEL JIMENEZ		PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS																			
UBICACION DE LA ACTIVIDAD		Si las vejas																			
TAREA A REALIZAR		Reposicion de circunferencias																			
ALTIMETRIA APROXIMADA A LA CUAL SE VA A DESARROLLAR LA ACTIVIDAD (Mts)		Requerimiento de Claridad																			
FECHA DE APERTURA Y/O AMPLIACION		25 05 2007																			
Hora de Inicio		07:00 am																			
Hora de finalización		6:00 pm																			
		SI: AFIRMACION																			
		NO: NEGACION																			
		N/A: NO APLICA																			
ITEMS A INSPECCIONAR		SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	CONDICION	
1. Conozco la forma correcta de utilizar los sistemas de proteccion contra caidas.		✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓	Si la respuesta es NO, no iniciar el trabajo hasta que reciba el entrenamiento adecuado.
2. Esta en condiciones optimas de salud y sin restricciones medicas para realizar el trabajo.		✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓	Si la respuesta es NO, Solo permitir la realizacion a quienes no presenten restricciones como: tencion alta, vértigos, claustrofobia o convulsiones.
3. Se inspecciona el sistema de proteccion contra caidas antes de iniciar la labor, y si es compatible entre sus partes y certificado				✓			✓			✓			✓			✓			✓	✓	Si la respuesta es NO, no iniciar el trabajo hasta que se realicen los ajustes necesarios.
4. Se cuenta con puntos de anclaje que permitan fijar las lineas de vida.				✓			✓			✓			✓			✓			✓	✓	Si la respuesta es NO, no iniciar el trabajo hasta que se realice su ubicacion y/o instalacion.
5. Los trabajadores tienen el soporte de pago o carnet ARL y EPS.		✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓	Si la respuesta es NO, Entregar carnet o planilla de pago antes de iniciar el trabajo.
6. Indague si algún operario de los que se disponen a iniciar el trabajo ha consumido bebidas embriagantes, alucinógenas o medicamentos que causen sueño.		✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓	Si la respuesta es SI, No lo incluir en el permiso de trabajo, por consumo de alucinógenos o bebidas embriagantes remitalo con el jefe de personal.
7. Verifique que en el área intervenir no haya presencia de personal ajeno a la obra, sin autorización.		✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓	Si la respuesta es SI, Infórmeles del trabajo a realizar para que se retiren antes de iniciar trabajos, sin colocar en riesgo su seguridad personal.
8. Haga una inspección visual del área para identificar posibles redes eléctricas, gas natural o condiciones inseguras dentro del predio o en su entorno.		✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓	Si la respuesta es SI, Implemente los correctivos que se requieran antes de iniciar.
9. Se presentan tormentas eléctricas, huracanes o lluvias en el sector donde esta ubicado el sitio de trabajo.				✓			✓			✓			✓			✓			✓	✓	Si la respuesta es SI, Suspender trabajo en altura.
10. El personal a ejecutar la labor cuenta con la certificación en el nivel avanzado para trabajo seguro en alturas		✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓	Si la respuesta es NO, iniciar el proceso de entrenamiento para certificación.
11. El sitio donde se ejecutara el trabajo esta señalizado y demarcado		✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓	Si la respuesta es NO, no se debe ejecutar la actividad hasta que no se encuentre señalizado y demarcado
ANDAMIOS																					
12. El andamio esta ubicado en una base firme, de tal forma que se evite volcamientos o caidas.				✓			✓			✓			✓			✓			✓	✓	Si la respuesta es NO, Posicione el andamio en una base firme y segura.
13. El andamio este ubicado a una distancia segura de las lineas eléctricas.				✓			✓			✓			✓			✓			✓	✓	Si la respuesta es NO, Ubique el andamio a una distancia segura.
14. El andamio tiene las dos crucetas con sus respectivos pines de seguridad por seccion.				✓			✓			✓			✓			✓			✓	✓	Si la respuesta es NO, instale dos crucetas por seccion con sus respectivos pines de seguridad.
15. Se tiene mas de dos secciones de andamio instalados.				✓			✓			✓			✓			✓			✓	✓	Si la respuesta es SI, Asegure el andamio cada dos secciones.
16. La plataforma utilizada para ubicarse en el andamio es en lamina				✓			✓			✓			✓			✓			✓	✓	Si la respuesta es NO, Verifique que se utilice madera minimo de 4cm de espesor, 25 cm minimo de ancho sin fisuras, sobrepase los extremos minimo 20 cm y deben estar amarrados en los extremos a la estructura del andamio.
17. Los acoples hembra- macho se encuentran en buen estado				✓			✓			✓			✓			✓			✓	✓	Si la respuesta es NO, Cambio la seccion defectuosa.
18. Los andamios no poseen nudos ni deformaciones				✓			✓			✓			✓			✓			✓	✓	Si la respuesta es SI, Cambie la seccion defectuosa.
19. La plataforma cuenta con una seccion más				✓			✓			✓			✓			✓			✓	✓	Si la respuesta es NO, instale una seccion más que le sirva de baranda.
ESCALERAS																					
ITEMS A INSPECCIONAR		SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	CONDICION	
20. Las escaleras de madera-portalles no deberán pintarse, puesto que la pintura cubriría los daños, defectos y deterioros				✓			✓			✓			✓			✓			✓	✓	Si la respuesta es SI, Retire la pintura o no permita que se utilice.
21. Los listones o peldaños de las escaleras se mantén libres de obstáculos				✓			✓			✓			✓			✓			✓	✓	Si la respuesta es NO, Haga retirar todo tipo de obstáculo.
22. Las escaleras tendrán la longitud suficiente para que sobresalgan por lo menos de 1m por encima del punto de apoyo.				✓			✓			✓			✓			✓			✓	✓	Si la respuesta es NO, No permita el uso.
23. Las escaleras portátiles se colocarán de manera tal que la distancia del pie de la escalera a la superficie de apoyo no sea menor a un 1/2 con respecto a la longitud del punto de apoyo.				✓			✓			✓			✓			✓			✓	✓	Si la respuesta es NO, De la instruccón para que se cumpla la medida de seguridad indicada y prevenga un colapso de la escalera.
24. Las escaleras con los peldaños rotos o le fallen o que tengan las barandas rajadas o muestren otro tipo de defectos deben ser reparada o retirada del uso.				✓			✓			✓			✓			✓			✓	✓	Si la respuesta es SI, repare la escalera o retírela del servicio.

25. Cuando se trabajo en proximidad de fuentes de energía eléctrica.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Si la respuesta es SI hay redes eléctricas, mantengo la distanciada seguridad
26. En condiciones adversas del clima, se suspenden todas la actividades que se estén ejecutando en alturas.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	POR NINGUN MOTIVO TRABAJE EN ALTURA EN CONDICIONES ADVERSAS

SISTEMA CONTRA CAIDAS

Arnes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Si los equipos se encuentran en mal estado, no están certificados, y no son compatibles, no se debe ejecutar la labor
Línea de Vida	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Si los equipos se encuentran en mal estado, no están certificados, y no son compatibles, no se debe ejecutar la labor
Arrostrador de caída	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Si los equipos se encuentran en mal estado, no están certificados, y no son compatibles, no se debe ejecutar la labor
Mosquetones	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Si los equipos se encuentran en mal estado, no están certificados, y no son compatibles, no se debe ejecutar la labor
Eslinga de posicionamiento	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Si los equipos se encuentran en mal estado, no están certificados, y no son compatibles, no se debe ejecutar la labor
Eslinga con absorbente	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Si los equipos se encuentran en mal estado, no están certificados, y no son compatibles, no se debe ejecutar la labor
Descendadores	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Si los equipos se encuentran en mal estado, no están certificados, y no son compatibles, no se debe ejecutar la labor
Eslinga en Y	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Si los equipos se encuentran en mal estado, no están certificados, y no son compatibles, no se debe ejecutar la labor
Silla	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Si los equipos se encuentran en mal estado, no están certificados, y no son compatibles, no se debe ejecutar la labor
Poleas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Si los equipos se encuentran en mal estado, no están certificados, y no son compatibles, no se debe ejecutar la labor
Otros: (cuales)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Si los equipos se encuentran en mal estado, no están certificados, y no son compatibles, no se debe ejecutar la labor

Herramientas a usar: Pala, Pica, sego, sarten

Factores de riesgo identificados: condición natural, atravesamiento, riesgo biológico, biomecánico

Medidas preventivas según factores de riesgo identificados: eliminar material que este al borde de excavación, entubar terreno adyacente

NOMBRE(S) DEL(LOS) TRABAJADOR (ES) AUTORIZADO(S)	IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA	OBSERVACIONES
<u>Jabio Lopez LOPEZ</u>	<u>2206456768</u>		<u>[Firma]</u>	
<u>[Firma]</u>	<u>2206456768</u>		<u>[Firma]</u>	
<u>Luis Alberto ALBA</u>	<u>23341070</u>		<u>[Firma]</u>	
<u>Luis Fernando ALBA D.</u>	<u>240505494</u>		<u>[Firma]</u>	
<u>[Firma]</u>	<u>240505494</u>		<u>[Firma]</u>	

Autorización: Confirmando que las zonas han sido revisadas, examinadas y las condiciones de seguridad se cumplen por lo cual autorizo el trabajo

RESPONSABLE DEL TRABAJO		INSPECCIONADO Y AUTORIZADO		APROBACIÓN RESIDENTE SySO
Nombre		Nombre	<u>Luisa MARTINA</u>	Nombre
Firma		Firma	<u>[Firma]</u>	Firma
Cédula		Cédula	<u>110-549143</u>	Cédula

[Firma]
[Firma]

ING. MARIO GABRIEL JIMENEZ

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

UBICACIÓN DE LA ACTIVIDAD	6/ combenica - ejecución Tubería		Marque con X si cumple, no cumple o no aplica y siga las instrucciones sugeridas en la condición.
TAREA A REALIZAR	Reposición de alcañalillo		
ALTIMETRIA APROXIMADA A LA CUAL SE VA A DESARROLLAR LA ACTIVIDAD (Mts)	1.60		SI: AFIRMACIÓN
Requerimiento de Claridad			NO: NEGACIÓN
FECHA DE APERTURA Y/O AMPLIACION	02-05-2022		N/A: NO APLICA
Hora de inicio	08:00 AM		
Hora de finalización	06:00 PM		

ITEMS A INSPECCIONAR	CONDICIÓN												
	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	
1. Conoce la forma correcta de utilizar los sistemas de protección contra caídas.				X			X			X			Si la respuesta es NO, no iniciar el trabajo hasta que reciba el entrenamiento adecuado.
2. Esta en condiciones optimas de salud y sin restricciones medicas para realizar el trabajo.				X			X			X			Si la respuesta es NO, Solo permitir la realización a quienes no presenten restricciones como: tención alta, vértigos, claustrofobia o convulsiones.
3. Se inspecciona el sistema de protección contra caídas antes de iniciar la labor, y si es compatible entre sus partes y certificado				X			X			X			Si la respuesta es NO, no iniciar el trabajo hasta que se realicen los ajustes necesarios.
4. Se cuenta con puntos de anclaje que permitan fijar las líneas de vida.				X			X			X			Si la respuesta es NO, no iniciar el trabajo hasta que se realice su ubicación y/o instalación.
5. Los trabajadores tienen el soporte de pago o carnet ARL y EPS.				X			X			X			Si la respuesta es NO, Entregar carnet o planilla de pago antes de iniciar el trabajo.
6. Indague si algún operario de los que se disponen a iniciar el trabajo ha consumido bebidas embriagantes, alucinógenas o medicamentos que causen sueño.				X			X			X			Si la respuesta es SI, No lo incluir en el permiso de trabajo, por consumo de alucinógenos o bebidas embriagantes remitalo con el jefe de personal.
7. Verifique que en el área intervenir no haya presencia de personal ajeno a la obra, sin autorización.				X			X			X			Si la respuesta es SI, Informe al trabajo a realizar para que se retiren antes de iniciar trabajos, sin colocar en riesgo su seguridad personal.
8. Haga una inspección visual del área para identificar posibles redes eléctricas, gas natural o condiciones inseguras dentro del prolio o en su entorno.				X			X			X			Si la respuesta es SI, Implemente los correctivos que se requieran antes de iniciar.
9. Se presentan, tormentas eléctricas, huracanes o lluvias en el sector donde esta ubicado el sitio de trabajo.				X			X			X			Si la respuesta es SI, Suspender trabajo en altura.
10. El personal a ejecutar la labor cuenta con la certificación en el nivel avanzado para trabajo seguro en alturas				X			X			X			Si la respuesta es NO, iniciar el proceso de entrenamiento para certificación.
11. El sitio donde se ejecutara el trabajo esta señalizado y demarcado				X			X			X			Si la respuesta es NO, no se debe ejecutar la actividad hasta que no se encuentre señalizado y demarcado

ANDAMIOS

12. El andamio esta ubicado en una base firme, de tal forma que se evite volcamientos o caídas.				X			X			X			Si la respuesta es NO, Posicione el andamio en una base firme y segura.
13. El andamio esta ubicado a una distancia segura de las líneas eléctricas.				X			X			X			Si la respuesta es NO, Ubique el andamio a una distancia segura.
14. El andamio tiene las dos crucetas con sus respectivos pines de seguridad por sección.				X			X			X			Si la respuesta es NO, Instale dos crucetas por sección con sus respectivos pines de seguridad.
15. Se tiene mas de dos secciones de andamio instalados.				X			X			X			Si la respuesta es SI, Asegure el andamio cada dos secciones.
16. La plataforma utilizada para ubicarse en el andamio es en lamina				X			X			X			Si la respuesta es NO, Verifique que se utilice madera mínimo de 4cm de espesor, 25 cm mínimo de ancho sin fisuras, sobrepase los extremos mínimo 20 cm y deben estar amarrados en los extremos a la estructura del andamio.
17. Los acoplos hembra- macho se encuentran en buen estado				X			X			X			Si la respuesta es NO, Cambie la sección defectuosa.
18. Los andamios no poseen nudos ni deformaciones				X			X			X			Si la respuesta es SI, Cambie la sección defectuosa.
19. La plataforma cuenta con una sección más				X			X			X			Si la respuesta es NO, Instale una sección más que le sirva de baranda.

ESCALERAS

ITEMS A INSPECCIONAR	CONDICIÓN												
	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	
20. Las escaleras de madera-portátiles no deberán pintarse, puesto que la pintura cubriría los daños, defectos y deterioros				X			X			X			Si la respuesta es SI, Retire la pintura o no permita que se utilice.
21. Los listones o peldaños de las escaleras se mantienen libres de obstáculos				X			X			X			Si la respuesta es NO, Haga retirar todo tipo de obstáculo.
22. Las escaleras tendrán la longitud suficiente para que sobresalgan por lo menos de 1m por encima del punto de apoyo.				X			X			X			Si la respuesta es NO, No permita el uso.
23. Las escaleras portátiles se colocarán de manera tal que la distancia del pio de la escalera a la superficie de apoyo no sea menor a un 1/4 con respecto a la longitud del punto de apoyo.				X			X			X			Si la respuesta es NO, De la Instrucción para que se cumpla la medida de seguridad indicada y prevenga un colapso de la escalera.
24. Las escaleras con los peldaños rotos o le falten o que tengan las barandas rajadas o muestren otro tipo de defectos deben ser reparada o retirada del uso.				X			X			X			Si la respuesta es SI, repare la escalera o retirela de servicio.

25. Cuando se trabaje en proximidad de fuentes de energía eléctrica.	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Si la respuesta es Si hay redes eléctricas, mantenga la distanciada seguridad
26. En condiciones adversas del clima, se suspenden todas la actividades que se estén ejecutando en alturas.	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	POR NINGUN MOTIVO TRABAJE EN ALTURA EN CONDICIONES ADVERSAS

SISTEMA CONTRA CAIDAS

Ames	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Si los equipos se encuentran en mal estado, no estan certificados, y no son compatibles, no sedebe ejecutar la labor
Linea de Vida	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Si los equipos se encuentran en mal estado, no estan certificados, y no son compatibles, no sedebe ejecutar la labor
Arrestador de calda	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Si los equipos se encuentran en mal estado, no estan certificados, y no son compatibles, no sedebe ejecutar la labor
Mosquetones	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Si los equipos se encuentran en mal estado, no estan certificados, y no son compatibles, no sedebe ejecutar la labor
Eslinga de posicionamiento	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Si los equipos se encuentran en mal estado, no estan certificados, y no son compatibles, no sedebe ejecutar la labor
Eslinga con absorbente	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Si los equipos se encuentran en mal estado, no estan certificados, y no son compatibles, no sedebe ejecutar la labor
Descendidos	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Si los equipos se encuentran en mal estado, no estan certificados, y no son compatibles, no sedebe ejecutar la labor
Eslinga en Y	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Si los equipos se encuentran en mal estado, no estan certificados, y no son compatibles, no sedebe ejecutar la labor
Silla	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Si los equipos se encuentran en mal estado, no estan certificados, y no son compatibles, no sedebe ejecutar la labor
Poleas	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Si los equipos se encuentran en mal estado, no estan certificados, y no son compatibles, no sedebe ejecutar la labor
Otros: (cuales)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Si los equipos se encuentran en mal estado, no estan certificados, y no son compatibles, no sedebe ejecutar la labor

Herramientas a usar: Pala, pico, sepieta

Factores de riesgo identificados: Caida de material, atascamiento, Riesgo Biológico, BANCOS

Medidas preventivas según factores de riesgo identificados: Retiro natural desde el borde de excavación, estivar, tapas activas, protección biológica

NOMBRE(S) DEL(LOS) TRABAJADOR (ES) AUTORIZADO(S)	IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA	OBSERVACIONES
<u>José María</u>	<u>228897411</u>	<u>Trabajador</u>	<u>[Firma]</u>	
<u>William Jimenez</u>	<u>110565194</u>	<u>Ases</u>	<u>[Firma]</u>	
<u>Leis Fernando AIBA</u>	<u>110565194</u>	<u>practico</u>	<u>fernando AIBA</u>	
<u>José Hernández</u>	<u>31129999</u>	<u>Oficial</u>	<u>José Hernández</u>	
<u>Leis Alberto Aiba</u>	<u>110565194</u>	<u>Trabajador</u>	<u>[Firma]</u>	

Autorización: Confirmando que las zonas han sido revisadas, examinadas y las condiciones de seguridad se cumplen por lo cual autorizo el trabajo

RESPONSABLE DEL TRABAJO	INSPECCIONADO Y AUTORIZADO	APROBACIÓN RESIDENTE SySO
Nombre	Nombre <u>Luzmila Martínez</u>	Nombre <u>[Firma]</u>
Firma	Firma <u>[Firma]</u>	Firma <u>[Firma]</u>
Cedula	Cedula <u>110.549143</u>	Cedula <u>93380007</u>

ING. MARIO GABRIEL JIMENEZ		PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS																			
UBICACION DE LA ACTIVIDAD		61103 VEGA																			
TAREA A REALIZAR		Ejecución de Alcantarillado																			
ALtura APROXIMADA A LA CUAL SE VA A DESARROLLAR LA ACTIVIDAD (Mts)		Requisito de Claridad																			
FECHA DE APERTURA Y/O AMPLIACION		SI: AFIRMACION																			
Hora de Inicio		NO: NEGACION																			
Hora de finalización		N/A: NO APLICA																			
REQUISITO DE CLARIDAD		SI: AFIRMACION																			
FECHA DE APERTURA Y/O AMPLIACION		NO: NEGACION																			
Hora de Inicio		N/A: NO APLICA																			
Hora de finalización		N/A: NO APLICA																			
ITEMS A INSPECCIONAR		SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	CONDICION	
1. Conoce la forma correcta de utilizar los sistemas de protección contra caídas.					✓			✓			✓										Si la respuesta es NO, no iniciar el trabajo hasta que reciba el entrenamiento adecuado.
2. Esta en condiciones óptimas de salud y sin restricciones medicas para realizar el trabajo.					✓			✓			✓										Si la respuesta es NO, Solo permitir la realización a quienes no presenten restricciones como: tensión alta, vértigos, claustrofobia o convulsiones.
3. Se inspecciona el sistema de protección contra caídas antes de iniciar la labor, y si es compatible entre sus partes y certificado					✓			✓			✓										Si la respuesta es NO, no iniciar el trabajo hasta que se realicen los ajustes necesarios.
4. Se cuenta con puntos de anclaje que permitan fijar líneas de vida.					✓			✓			✓										Si la respuesta es NO, no iniciar el trabajo hasta que se realice su ubicación y/o instalación.
5. Los trabajadores tienen el soporte de pago o carnet ARL y EPS.					✓			✓			✓										Si la respuesta es NO, Entregar carnet o planilla de pago antes de iniciar el trabajo.
6. Indague si algún operario de los que se disponen a iniciar el trabajo ha consumido bebidas embriagantes, alucinógenas o medicamentos que causen sueño.					✓			✓			✓										Si la respuesta es SI, No lo incluir en el permiso de trabajo, por consumo de alucinógenos o bebidas embriagantes remítalo con el jefe de personal.
7. Verifique que en el área intervenir no haya presencia de personal ajeno a la obra, sin autorización.					✓			✓			✓										Si la respuesta es SI, Informelos del trabajo a realizar para que se retiren antes de iniciar trabajos, sin colocar en riesgo su seguridad personal.
8. Haga una inspección visual del área para identificar posibles redes eléctricas, gas natural o conexiones inseguras dentro del predio o en su entorno.					✓			✓			✓										Si la respuesta es SI, Implemente los correctivos que se requieran antes de iniciar.
9. Se presentan, tormentas eléctricas, huracanes o lluvias en el sector donde esta ubicado el sitio de trabajo.					✓			✓			✓										Si la respuesta es SI, Suspender trabajo en altura.
10. El personal a ejecutar la labor cuenta con la certificación en el nivel avanzado para trabajo seguro en alturas					✓			✓			✓										Si la respuesta es NO, Iniciar el proceso de entrenamiento para certificación.
11. El sitio donde se ejecutara el trabajo esta señalizado y demarcado					✓			✓			✓										Si la respuesta es NO, no se debe ejecutar la actividad hasta que no se encuentre señalizado y demarcado
ANDAMIOS																					
12. El andamio esta ubicado en una base firme, de tal forma que se evite volcamientos o caídas.					✓			✓			✓										Si la respuesta es NO, Posicione el andamio en una base firme y segura.
13. El andamio esta ubicado a una distancia segura de las líneas eléctricas.					✓			✓			✓										Si la respuesta es NO, Ubique el andamio a una distancia segura.
14. El andamio tiene las dos crucetas con sus respectivos pines de seguridad por sección.					✓			✓			✓										Si la respuesta es NO, Instale dos crucetas por sección con sus respectivos pines de seguridad.
15. Se tiene mas de dos secciones de andamio instalados.					✓			✓			✓										Si la respuesta es SI, Asegure el andamio cada dos secciones.
16. La plataforma utilizada para ubicarse en el andamio es en lamina					✓			✓			✓										Si la respuesta es NO, Verifique que se utilice madera mínimo de 4cm de espesor, 25 cm mínimo de ancho sin fisuras, sobrepase los extremos mínimo 20 cm y deben estar amarrados en los extremos a la estructura del andamio.
17. Los acoples hembra- macho se encuentran en buen estado					✓			✓			✓										Si la respuesta es NO, Cambia la sección defectuosa.
18. Los andamios no posean nudos ni deformaciones					✓			✓			✓										Si la respuesta es SI, Cambie la sección defectuosa.
19. La plataforma cuenta con una sección más					✓			✓			✓										Si la respuesta es NO, Instale una sección más que le sirva de baranda.
ESCALERAS																					
ITEMS A INSPECCIONAR		SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	CONDICION	
20. Las escaleras de madera-portátiles no deberán pintarse, puesto que la pintura cubriría los daños, defectos y deterioros					✓			✓			✓										Si la respuesta es SI, Retire la pintura o no permita que se utilice.
21. Los listones o peldaños de las escaleras se mantienen libres de obstáculos					✓			✓			✓										Si la respuesta es NO, Haga retirar todo tipo de obstáculo.
22. Las escaleras tendrán la longitud suficiente para que sobresalgan por lo menos de 1m por encima del punto de apoyo.					✓			✓			✓										Si la respuesta es NO, No permita el uso.
23. Las escaleras portátiles se colocarán de manera tal que la distancia del pie de la escalera a la superficie de apoyo no sea menor a un ¼ con respecto a la longitud del punto de apoyo.					✓			✓			✓										Si la respuesta es NO, De la instrucción para que se cumpla la medida de seguridad indicada y prevenga un colapso de la escalera.
24. Las escaleras con los peldaños rotos o le faltan o que tengan las barandas rajadas o muestren otro tipo de defectos deben ser reparada o retirada del uso.					✓			✓			✓										Si la respuesta es SI, repare la escalera o retirela del servicio.

25. Cuando se trabaje en proximidad de fuentes de energía eléctrica.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																			Si la respuesta es SI hay redes eléctricas, mantenga la distanciada seguridad
26. En condiciones adversas del clima, se suspenden todas la actividades que se estén ejecutando en alturas.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																			POR NINGUN MOTIVO TRABAJE EN ALTURA EN CONDICIONES ADVERSAS

SISTEMA CONTRA CAIDAS

Arnes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																			Si los equipos se encuentran en mal estado, no estan certificados, y no son compatibles, no se debe ejecutar la labor
Linea de Vida	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																			Si los equipos se encuentran en mal estado, no estan certificados, y no son compatibles, no se debe ejecutar la labor
Arrestador de caida	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																			Si los equipos se encuentran en mal estado, no estan certificados, y no son compatibles, no se debe ejecutar la labor
Mosquetones	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																			Si los equipos se encuentran en mal estado, no estan certificados, y no son compatibles, no se debe ejecutar la labor
Eslinga de posicionamiento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																			Si los equipos se encuentran en mal estado, no estan certificados, y no son compatibles, no se debe ejecutar la labor
Eslinga con absorbente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																			Si los equipos se encuentran en mal estado, no estan certificados, y no son compatibles, no se debe ejecutar la labor
Descendedores	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																			Si los equipos se encuentran en mal estado, no estan certificados, y no son compatibles, no se debe ejecutar la labor
Eslinga en Y	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																			Si los equipos se encuentran en mal estado, no estan certificados, y no son compatibles, no se debe ejecutar la labor
Silla	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																			Si los equipos se encuentran en mal estado, no estan certificados, y no son compatibles, no se debe ejecutar la labor
Poleas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																			Si los equipos se encuentran en mal estado, no estan certificados, y no son compatibles, no se debe ejecutar la labor
Otros: (cuales)																					Si los equipos se encuentran en mal estado, no estan certificados, y no son compatibles, no se debe ejecutar la labor

Herramientas a usar: Pala, Pica, Sopleta

Factores de riesgo identificados: Caída de material, atravesamiento, riesgo biológico; biomecánico

Medidas preventivas según factores de riesgo identificados: Retener material siempre al borde de excavación, retirar, Puntos críticos y Protocolo bioseguridad

NOMBRE(S) DEL(LOS) TRABAJADOR (ES) AUTORIZADO(S)	IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA	OBSERVACIONES
<u>X 50517 m/c</u>	<u>239847</u>		<u>X 50517 m/c</u>	
<u>Rafael Lopez</u>	<u>11058558</u>		<u>Rafael Lopez</u>	
<u>Juan Jose</u>	<u>11058558</u>		<u>Juan Jose</u>	

Autorización: Confirмо que las zonas han sido revisadas, examinadas y las condiciones de seguridad se cumplen por lo cual autorizo el trabajo

RESPONSABLE DEL TRABAJO	INSPECCIONADO Y AUTORIZADO	APROBACION RESIDENTE SYSO
Nombre	Nombre <u>JUAN JOSE MARTINEZ</u>	Nombre
Firma	Firma <u>Juan Jose</u>	Firma <u>[Firma]</u>
Cedula	Cedula <u>1.10.54 6141</u>	Cedula

ING. MARIO GABRIEL JIMENEZ **PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS**

UBICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: 6^a planta
 TAREA A REALIZAR: Reparación de alcantarillado
 ALtura APROXIMADA A LA CUAL SE VA A DESARROLLAR LA ACTIVIDAD (Mts): 1.60
 Requerimiento de Claridad: 100
 FECHA DE APERTURA Y/O AMPLIACION: 09/05/2022
 Hora de inicio: 08:00 AM
 Hora de finalización: 06:00 PM

Marque con X si cumple, no cumple o no aplica y siga las instrucciones sugeridas en la condición.
 SI: AFIRMACIÓN
 NO: NEGACIÓN
 N/A: NO APLICA

ITEMS A INSPECCIONAR	CONDICIÓN												
	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	
1. Conoce la forma correcta de utilizar los sistemas de protección contra caídas.	✓			✓			✓			✓			Si la respuesta es NO, no iniciar el trabajo hasta que reciba el entrenamiento adecuado.
2. Esta en condiciones óptimas de salud y sin restricciones médicas para realizar el trabajo.	✓			✓			✓			✓			Si la respuesta es NO, Solo permitir la realización a quienes no presenten restricciones como: tención alta, vértigos, claustrofobia o convulsiones.
3. Se inspecciona el sistema de protección contra caídas antes de iniciar la labor, y si es compatible entre sus partes y certificado	✓			✓			✓			✓			Si la respuesta es NO, no iniciar el trabajo hasta que se realicen los ajustes necesarios.
4. Se cuenta con puntos de anclaje que permitan fijar las líneas de vida.	✓			✓			✓			✓			Si la respuesta es NO, no iniciar el trabajo hasta que se realice su ubicación y/o instalación.
5. Los trabajadores tienen el soporte de pago o carnet ARL y EPS.	✓			✓			✓			✓			Si la respuesta es NO, Entregar carnet o planilla de pago antes de iniciar el trabajo.
6. Indague si algún operario de los que se disponen a iniciar el trabajo ha consumido bebidas embriagantes, alucinógenas o medicamentos que causen sueño.	✓			✓			✓			✓			Si la respuesta es SI, No lo incluir en el permiso de trabajo, por consumo de alucinógenos o bebidas embriagantes remitirlo con el jefe de personal.
7. Verifique que en el área intervenir no haya presencia de personal ajeno a la obra, sin autorización.	✓			✓			✓			✓			Si la respuesta es SI, Infórmeles del trabajo a realizar para que se retiren antes de iniciar trabajos, sin colocar en riesgo su seguridad personal.
8. Haga una inspección visual del área para identificar posibles redes eléctricas, gas natural o condiciones inseguras dentro del predio o en su entorno.	✓			✓			✓			✓			Si la respuesta es SI, Implemente los correctivos que se requieran antes de iniciar.
9. Se presentan, tormentas eléctricas, huracanes o lluvias en el sector donde esta ubicado el sitio de trabajo.	✓			✓			✓			✓			Si la respuesta es SI, Suspender trabajo en altura.
10. El personal a ejecutar la labor cuenta con la certificación en el nivel avanzado para trabajo seguro en alturas.	✓			✓			✓			✓			Si la respuesta es NO, iniciar el proceso de entrenamiento para certificación.
11. El sitio donde se ejecutara el trabajo esta señalizado y demarcado	✓			✓			✓			✓			Si la respuesta es NO, no se debe ejecutar la actividad hasta que no se encuentre señalizado y demarcado

ANDAMIOS

ITEMS A INSPECCIONAR	CONDICIÓN												
	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	
12. El andamio esta ubicado en una base firme, de tal forma que se evite volcamientos o caídas.	✓			✓			✓			✓			Si la respuesta es NO, Posicione el andamio en una base firme y segura.
13. El andamio esta ubicado a una distancia segura de las líneas eléctricas.	✓			✓			✓			✓			Si la respuesta es NO, Ubique el andamio a una distancia segura.
14. El andamio tiene las dos crucetas con sus respectivos pines de seguridad por sección.	✓			✓			✓			✓			Si la respuesta es NO, Instale dos crucetas por sección con sus respectivos pines de seguridad.
15. Se tiene mas de dos secciones de andamio instalados.	✓			✓			✓			✓			Si la respuesta es SI, Asegure el andamio cada dos secciones.
16. La plataforma utilizada para ubicarse en el andamio es en lamina	✓			✓			✓			✓			Si la respuesta es NO, Verifique que se utilice madera mínimo de 4cm de espesor, 25 cm mínimo de ancho sin fisuras, sobrepase los extremos mínimo 20 cm y deban estar amarrados en los extremos a la estructura del andamio.
17. Los acoples hembra- macho se encuentran en buen estado	✓			✓			✓			✓			Si la respuesta es NO, Cambie la sección defectuosa.
18. Los andamios no poseen nudos ni deformaciones	✓			✓			✓			✓			Si la respuesta es SI, Cambie la sección defectuosa.
19. La plataforma cuenta con una sección más	✓			✓			✓			✓			Si la respuesta es NO, instale una sección más que le sirva de baranda.

ESCALERAS

ITEMS A INSPECCIONAR	CONDICIÓN												
	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	
20. Las escaleras de madera-portátiles no deberán pintarse, puesto que la pintura cubriría los daños, defectos y deterioros	✓			✓			✓			✓			Si la respuesta es SI, Retire la pintura o no permita que se utilice.
21. Los listones o peldaños de las escaleras se mantienen libres de obstáculos	✓			✓			✓			✓			Si la respuesta es NO, Haga retirar todo tipo de obstáculo.
22. Las escaleras tendrán la longitud suficiente para que sobresalgan por lo menos de 1m por encima del punto de apoyo.	✓			✓			✓			✓			Si la respuesta es NO, No permita el uso.
23. Las escaleras portátiles se colocarán de manera tal que la distancia del pie de la escalera a la superficie de apoyo no sea menor a un 1/4 con respecto a la longitud del punto de apoyo.	✓			✓			✓			✓			Si la respuesta es NO, De la instrucción para que se cumpla la medida de seguridad indicada y prevenga un colapso de la escalera.
24. Las escaleras con los peldaños rotos o le falten o que tengan las barandas rajadas o muestren otro tipo de defectos deben ser reparada o retirada del uso.	✓			✓			✓			✓			Si la respuesta es SI, repare la escalera o retirela del servicio.

25. Cuando se trabaje en proximidad de fuentes de energía eléctrica.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Si la respuesta es SI hay redes eléctricas, mantenga la distanciada seguridad
26. En condiciones adversas del clima, se suspenden todas la actividades que se estén ejecutando en alturas.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	POR NINGUN MOTIVO TRABAJE EN ALTURA EN CONDICIONES ADVERSAS

SISTEMA CONTRA CAIDAS

Ames	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Si los equipos se encuentran en mal estado, no estan certificados, y no son compatibles, no se debe ejecutar la labor
Linea de Vida	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Si los equipos se encuentran en mal estado, no estan certificados, y no son compatibles, no se debe ejecutar la labor
Arrestador de caída	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Si los equipos se encuentran en mal estado, no estan certificados, y no son compatibles, no se debe ejecutar la labor
Mosquetones	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Si los equipos se encuentran en mal estado, no estan certificados, y no son compatibles, no se debe ejecutar la labor
Eslinga de posicionamiento	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Si los equipos se encuentran en mal estado, no estan certificados, y no son compatibles, no se debe ejecutar la labor
Eslinga con absorbento	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Si los equipos se encuentran en mal estado, no estan certificados, y no son compatibles, no se debe ejecutar la labor
Descendidos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Si los equipos se encuentran en mal estado, no estan certificados, y no son compatibles, no se debe ejecutar la labor
Eslinga en Y	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Si los equipos se encuentran en mal estado, no estan certificados, y no son compatibles, no se debe ejecutar la labor
Silla	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Si los equipos se encuentran en mal estado, no estan certificados, y no son compatibles, no se debe ejecutar la labor
Poleas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Si los equipos se encuentran en mal estado, no estan certificados, y no son compatibles, no se debe ejecutar la labor
Otros: (cuales)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Si los equipos se encuentran en mal estado, no estan certificados, y no son compatibles, no se debe ejecutar la labor

Herramientas a usar: Pala, Pica, Sejeto, Surtidor

Factores de riesgo identificados: Caída de material, Altitud, viento, redes eléctricas, Bases de concreto

Medidas preventivas según factores de riesgo identificados: Uso de material que este al borde de excavación, entibos, pilotes de concreto

NOMBRE(S) DEL(LOS) TRABAJADOR (ES) AUTORIZADO(S)	IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA	OBSERVACIONES
<u>JOSÉ ANDRÉS</u>	<u>228895041 (LW JOSÉ)</u>			
<u>Samiel Díaz Ríos</u>	<u>91136121</u>	<u>Ayudante</u>	<u>Samiel Díaz Ríos</u>	
<u>Luis Fernando AIBA</u>	<u>110565899</u>	<u>Practicante</u>	<u>Fernando AIBA</u>	
<u>Luis Alberto Alba</u>	<u>93381230</u>	<u>Oficial</u>	<u>Luis</u>	

Autorización: Confirмо que las zonas han sido revisadas, examinadas y las condiciones de seguridad se cumplen por lo cual autorizo el trabajo

RESPONSABLE DEL TRABAJO	INSPECCIONADO Y AUTORIZADO	APROBACIÓN RESIDENTE SySO
Nombre	Nombre <u>LR</u>	Nombre <u>Harold Heber Galindo</u>
Firma	Firma <u>LR</u>	Firma <u>Harold Heber Galindo</u>
Cedula	Cedula <u>1.10549145</u>	Cedula

IDENTIFICACIÓN GENERAL:

Fecha de inicio: 31/05/2020	Fecha de finalización: 04/06/2022
Trabajo a realizar: Reparación de alcantarillado	Ubicación: 51100 veje
Lugar de Ejecución de la Actividad: VIA	
Descripción del Trabajo: Reparación para la reposición de tubos de alcantarillado + Obreducto	

Personas que realiza la actividad:	Cédula	Cargo	Firma
Fabio Lopez Sanchez	1006456267	Oficial	<i>[Firma]</i>
Luis Fernando Aisa	2388912	Oficial	<i>[Firma]</i>
Luis Alberto Alvarado	110565794	Oficial	<i>[Firma]</i>
Edinson Lozano	9581033	Op. Retro	<i>[Firma]</i>
José Martínez	5832401		<i>[Firma]</i>
José Martínez	140.58853		<i>[Firma]</i>

CONDICIONES GENERALES DEL TRABAJO

Permiso de Trabajo: <input checked="" type="checkbox"/> General	<input type="checkbox"/> Alturas	<input type="checkbox"/> Caliente	<input type="checkbox"/> Espacios Confinados	<input type="checkbox"/> Energías peligrosas
Alrededores		Herramientas y Equipos		EPP Requerido
Nivel de Ruido	Elementos Inflamables	<input checked="" type="checkbox"/> Herramienta de Mano	<input type="checkbox"/> Equipo de Comunicación	<input type="checkbox"/> Betas Dieléctricas
<input type="checkbox"/> Iluminación	<input type="checkbox"/> Operar con Aire	<input type="checkbox"/> Andamio	<input checked="" type="checkbox"/> Kit Antiderrames	<input type="checkbox"/> Respirador / Mascarilla
<input type="checkbox"/> Ventilación	<input checked="" type="checkbox"/> Orden y aseo	<input type="checkbox"/> Escalera Dieléctrica	<input type="checkbox"/> Equipo de Señalización	<input type="checkbox"/> Guantes Dieléctricos
<input type="checkbox"/> Superficie Resbalosa	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Botiquín	<input type="checkbox"/> Careta de Esmeril	<input type="checkbox"/> Guantes Vaqueta
<input type="checkbox"/> Líneas Eléctricas	<input type="checkbox"/> Grúa	<input type="checkbox"/> Cargador	<input type="checkbox"/> Careta para Soldar	<input type="checkbox"/> Capucha
<input checked="" type="checkbox"/> Personas Alrededor	<input type="checkbox"/> Malacate / Winche	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Gafas de Seguridad	<input type="checkbox"/> Botas de Caucho
<input type="checkbox"/> Cables o Tubos Enterrados	<input type="checkbox"/> Extintores		<input type="checkbox"/> Protectores Auditivos	<input type="checkbox"/> Delantal de Cuero
Pruebas		Notificaciones		<input type="checkbox"/> Casco Dieléctrico con Barbuquejo
<input type="checkbox"/> Monitoreo de Gases	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Contratista	<input type="checkbox"/> Supervisor en sitio	<input type="checkbox"/> Equipo de Protección Contra Galdas
<input type="checkbox"/> Monitoreo de Ruido		<input type="checkbox"/> Dpto. de Policía	<input type="checkbox"/> Profesional SST	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Dpto. Bomberos	<input type="checkbox"/> Otros	

ANÁLISIS DEL RIESGO DEL TRABAJO

Descripción Pasos O.T. Coloque todos las actividades del trabajo a desarrollar de forma secuencial y ordenada

Riesgo/Aspecto Ambiental Si existe un riesgo y/o aspecto ambiental en una de las actividades del trabajo escríbalos en cada casilla

Factor de Riesgo	Riesgo
F Físico	1. Ruido 2. Iluminación 3. Temperaturas extremas 4. Vibraciones 5. Presión atmosférica 6. Radiaciones no ionizante 7. Radiaciones ionizantes
E Eléctricos	1. Contacto directo media y baja tensión 2. Contacto indirecto media y baja tensión 3. Instalaciones mal estado 4. Instalaciones recargadas
B Biológico	1. Virus 2. Bacterias 3. Hongos, Levaduras 4. Parasitos 5. Pioduras 6. Mordeduras 7. Fluido y/o excremento
Q Químico	1. Sólidos 2. Polvo orgánico e inorgánico 3. Gases y vapores, Líquidos 4. Humo metálico y no metálico 5. Material particulado
L Locativos	1. Caída de altura 2. Superficie de trabajo irregular, deslizantes 3. Sistemas de Almacenamiento 4. Espacios confinados 5. Caída de objetos 6. Credenciales
P Público	1. Atropellamiento 2. Atentados 3. Atroces 4. Accidentes viales 5. Usuarios Agresivos 6. Orden público 7. Asonadas 8. Sabotaje
M Mecánico	1. Máquinas 2. Uso de herramienta 3. Trabajos en altura 4. Atropellos 5. Golpes 6. Caída de objetos 7. Partes calientes 8. Mecanismos en movimiento
PS Psicosociales	1. Sobre carga de trabajo 2. Conflicto de Autoridad 3. Monotonía y rutina 4. Estrés laboral 5. Jornadas extensas de trabajo
N Natural	1. Tormentas eléctricas 2. Inundaciones 3. Precipitaciones (lluvias) 4. Sismos 5. Terremotos 6. Vendaval 7. Derrumbes
BM Biomecánico	1. Factores posturales 2. Esfuerzo 3. Desplazamiento 4. Manipulación manual de cargas 5. Movimiento Repetitivo
T Tecnológico	1. Incendio 2. Explosión 3. Fugas 4. Derrames

CONSECUENCIAS	a Fractura, luxación, esguinco	e Aplastamientos	f Piedadura/Mordedura	h Asfixias	i Efectos de electricidad
	b Conmociones	d Heridas	g Perdida humana	j Envenenamiento	o Otros

CONTROLES Coloque en la casilla del CONTROLES A REALIZAR, la letra que aparece en el listado acorde al riesgo identificado.

EPP	<input type="checkbox"/> A Señalización	<input type="checkbox"/> F Sistema Contra Caídas	<input type="checkbox"/> K Monitoreo Ambiental	<input type="checkbox"/> P Normas de Transito y Transporte	<input type="checkbox"/> U Ventilación Forzada	<input type="checkbox"/> Z
Capacitación	<input type="checkbox"/> B Conexiones a Tierra	<input type="checkbox"/> G Iluminación Provisional	<input type="checkbox"/> L Inspección Pre-Use	<input type="checkbox"/> Q Inspección Visual	<input type="checkbox"/> V Ausencia de Tensión	<input type="checkbox"/> AB
Charla de Seguridad	<input type="checkbox"/> C Bloqueo y Etiquetado	<input type="checkbox"/> H Ayudas Mecánicas	<input type="checkbox"/> M Permiso de Trabajo	<input type="checkbox"/> R Control Transito	<input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> AC
Supervisión	<input type="checkbox"/> D Control de Transito Vehicular/Personas	<input type="checkbox"/> I Bloqueo y Etiquetado	<input type="checkbox"/> N Vigia de Seguridad	<input type="checkbox"/> S Procedimientos Operativos	<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> AD
Extintores	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> J Kit Antiderrames	<input type="checkbox"/> O Orden y Aseo	<input type="checkbox"/> T Monitoreo de Gases	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> AE

DESCRIPCIÓN ANÁLISIS DE RIESGOS Y/O ASPECTOS AMBIENTALES

Descripción de los Pasos a Seguir para el Desarrollo de la Orden de Trabajo	Riesgos	Consecuencia	Controles a Realizar
1) arbotamiento de Herramienta	RS, RC, B1-2 B3, L3	caídas esquinca	A C T S <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2) traslado maquinaria para excavación	L5, L2, P1, M F16 Q2	arbotamiento	B C D S G <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3) Instalación de tubería	F1, 4-6, B17 Q3, 54M2	arbotamiento	A A A C A S C T R <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4) carga y descarga de material	F1, B1, L5 04-6 ME 32M	contusiones	A A A C W W B B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

RESPONSABLE DEL ANÁLISIS DEL TRABAJO SEGURO		
Responsable de la Actividad	Supervisor SST	Profesional SST- AMBIENTAL
Nombre:	Nombre: <u>Jose Roca Montoya</u>	Nombre:
Firma:	Firma: <u>[Firma]</u>	Firma:

Observaciones:

IDENTIFICACIÓN GENERAL

Fecha de Inicio: 23 de mayo de 2022	Fecha de finalización: 28/05/2022
Trabajo a realizar: Reposición de alcantarillado	Ubicación: 51 Casvegas tosumo
Lugar de Ejecución de la Actividad: Ura	
Descripción del Trabajo: excavación para la reposición de tubería de alcantarillado y accesorio	

Personas que realiza la actividad:	Cédula	Cargo	Firma
Fabio Lopez	1006476267	ayudante	<i>[Firma]</i>
José María	7388917	Oficial	<i>[Firma]</i>
Enrique Alberto Alba	7336103	Oficial	<i>[Firma]</i>
Luis Fernando Acosta	110501494	ayudante	<i>[Firma]</i>
Fabian Ruiz	1006120244	Operador	<i>[Firma]</i>
Sinan Carlos Anderson Pinzon	110670295	AYUDANTE	<i>[Firma]</i>

CONDICIONES GENERALES DEL TRABAJO

Permiso de Trabajo: <input checked="" type="checkbox"/> General	<input checked="" type="checkbox"/> Alturas	<input type="checkbox"/> Caliente	<input type="checkbox"/> Espacios Confinados	<input type="checkbox"/> Energías peligrosas
Alrededores		Herramientas y Equipos		EPP Requerido
Nivel de Ruido	Elementos inflamables	<input checked="" type="checkbox"/> Herramienta de Mano	<input type="checkbox"/> Equipo de Comunicación	<input type="checkbox"/> Botas Dieléctricas
<input type="checkbox"/> Iluminación	<input type="checkbox"/> Orden y aseo	<input type="checkbox"/> Opera con Aire	<input checked="" type="checkbox"/> Kit Antiderrames	<input type="checkbox"/> Respirador / Mascarilla
<input type="checkbox"/> Ventilación	<input checked="" type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Andamio	<input type="checkbox"/> Equipo de Señalización	<input type="checkbox"/> Guantes Dieléctricos
<input type="checkbox"/> Superficie Resbalosa	<input type="checkbox"/> Escalera Dieléctrica	<input type="checkbox"/> Botiquín	<input type="checkbox"/> Carota de Esmeril	<input type="checkbox"/> Guantes Vaqueta
<input type="checkbox"/> Líneas Eléctricas	<input type="checkbox"/> Grúa	<input type="checkbox"/> Cargador	<input type="checkbox"/> Careta para Soldar	<input type="checkbox"/> Capucha
<input checked="" type="checkbox"/> Personas Alrededor	<input type="checkbox"/> Malacata / Winche	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Gafas de Seguridad	<input type="checkbox"/> Botas de Caucho
<input type="checkbox"/> Cables o Tubos Enterrados	<input type="checkbox"/> Extintores		<input type="checkbox"/> Protectores Auditivos	<input type="checkbox"/> Delantal de Cuero
Pruebas		Notificaciones		<input type="checkbox"/> Equipo de Protección Contra Caídas
<input type="checkbox"/> Monitoreo de Gases	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Contratista	<input type="checkbox"/> Supervisor en sitio	<input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/> Monitoreo de Ruido	<input type="checkbox"/> Dpto. de Policía	<input type="checkbox"/> Profesional SST		
	<input type="checkbox"/> Dpto. Bomberos	<input type="checkbox"/> Otros		

ANÁLISIS DEL RIESGO DEL TRABAJO

Descripción Pasos O.T.	Coloque todas las actividades del trabajo a desarrollar de forma secuencial y ordenada
Riesgo/Aspecto Ambiental	Si existe un riesgo y/o aspecto ambiental en una de las actividades del trabajo descríbalos en cada casilla

Factor de Riesgo	Riesgo
F Físico	1. Ruido 2. Iluminación 3. Temperaturas extremas 4. Vibraciones 5. Presión atmosférica 6. Radiaciones no ionizante 7. Radiaciones ionizantes
E Eléctricos	1. Contacto directo media y baja tensión 2. Contacto indirecto media y baja tensión 3. Instalaciones mal estado 4. Instalaciones recargadas
B Biológico	1. Virus 2. Bacterias 3. Hongos, Levaduras 4. Parásitos 5. Picaduras 6. Mordeduras 7. Fluido y/o excremento
Q Químico	1. Sólidos 2. Polvo orgánico e Inorgánico 3. Gases y vapores, Líquidos 4. Humo metálico y no metálico 5. Material particulado
L Locativos	1. Caída de altura 2. Superficie de trabajo irregulares, deslizantes 3. Sistemas de Almacenamiento 4. Espacios confinados 5. Caída de objetos 6. Creciente ries
P Público	1. Atropellamiento 2. Atentados 3. Atreos 4. Accidentes viales 5. Usuarios Agresivos 6. Orden público 7. Asonadas 8. Sabotaje
M Mecánico	1. Máquinas 2. Uso de herramienta 3. Trabajos en altura 4. Atrapamientos 5. Golpes 6. Caída de objetos 7. Partes calientes 8. Mecanismos en movimiento
PS Psicosociales	1. Sobre carga de trabajo 2. Conflicto de Autoridad 3. Monotonía y rutina 4. Estrés laboral 5. Jornadas extensas de trabajo
N Natural	1. Tormentas eléctricas 2. Inundaciones 3. Precipitaciones (lluvias) 4. Sismos 5. Terremotos 6. Vendaval 7. Derrumbes
BM Biomecánico	1. Factores posturales 2. Esfuerzo 3. Desplazamiento 4. Manipulación manual de cargas 5. Movimiento Repetitivo
T Tecnológico	1. Incendio 2. Explosión 3. Fugas 4. Derrames

CONSECUENCIAS	<input type="checkbox"/> a Fractura, luxación, esguince	<input type="checkbox"/> e Aplastamientos	<input type="checkbox"/> f Picadura/Mordedura	<input type="checkbox"/> h Asfixias	<input type="checkbox"/> l Efectos de electricidad
	<input type="checkbox"/> b Conmociones	<input type="checkbox"/> d Herida	<input type="checkbox"/> g Pérdida humana	<input type="checkbox"/> j Envenenamiento	<input type="checkbox"/> o Otros

CONTROLES

Coloque en la casilla del CONTROLES A REALIZAR, la letra que aparece en el listado acorde al riesgo identificado.							
EPP	<input type="checkbox"/> A Señalización	<input type="checkbox"/> F Sistema Centra Caídas	<input type="checkbox"/> K Monitoreo Ambiental	<input type="checkbox"/> P Normas de Transito y Transporte	<input type="checkbox"/> U Ventilación Forzada	<input type="checkbox"/> Z	
Capacitación	<input type="checkbox"/> B Conexiones a Tierra	<input type="checkbox"/> G Iluminación Provisional	<input type="checkbox"/> L Inspección Pre-Use	<input type="checkbox"/> Q Inspección Visual	<input type="checkbox"/> V Ausencia de Tensión	<input type="checkbox"/> AB	
Carta de Seguridad	<input type="checkbox"/> C Bloqueo y Etiquetado	<input type="checkbox"/> H Ayudas Mecánicas	<input type="checkbox"/> M Permiso de Trabajo	<input type="checkbox"/> R Control Transito	<input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> AC	
Supervisión	<input type="checkbox"/> D Control de Transito Vehicular/Personas	<input type="checkbox"/> I Bloqueo y Etiquetado	<input type="checkbox"/> N Vigia de Seguridad	<input type="checkbox"/> S Procedimientos Operativos	<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> AD	
Extintores	<input type="checkbox"/> E Kit Antiderrames	<input type="checkbox"/> J Hojas de Seguridad	<input type="checkbox"/> O Orden y Aseo	<input type="checkbox"/> T Monitoreo de Gases	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> AE	

DESCRIPCIÓN ANÁLISIS DE RIESGOS Y/O ASPECTOS AMBIENTALES

Descripción de los Pasos a Seguir para el Desarrollo de la Orden de Trabajo	Riesgos	Consecuencia	Controles a Realizar								
1) alistamiento de maquinaria	N31 F6 B1 12 B3 75	caídas, espinas	A	C	I	S					
2) Traslado maquinaria para excavación	L5, 12 P1 M2 F1 G B Q5	caídas	B	C	D	S	Q				
3) Instalación de Tuberia	F1, 46 B17 Q3, 54 M2	caídas, espinas	A	A	A	S	A	S	C		
4) carga + descarga de material	F1, 6 B1 L5, B4 -6 M8, B2 N3	caídas, espinas	A	A	A	C	W	W	W	W	W
			B								

RESPONSABLE DEL ANÁLISIS DEL TRABAJO SEGURO

Responsable de la Actividad	Supervisor SST	Profesional SST- AMBIENTAL
Nombre:	Nombre: <u>Isabella Nativel</u>	Nombre:
Firma:	Firma: <u>[Firma]</u>	Firma:

Observaciones:

IDENTIFICACIÓN GENERAL

Fecha de Inicio: 9/05/2022 Fecha de finalización: 13/08/2022
 Trabajo a realizar: Tuberia a pozos Ubicación: Totumo

Lugar de Ejecución de la Actividad:
 Descripción del Trabajo: Instalación de tubería a pozos

Personas que realiza la actividad:	Cédula	Cargo	Firma
Diego Rey	49030524	MAESTRO	[Firma]
Cesar Emilio Ume			[Firma]
Edselberto Rey			[Firma]

CONDICIONES GENERALES DEL TRABAJO

Permiso de Trabajo: General Alturas Caliente Espacios Confinados Energías peligrosas

Alrededores: Nivel de Ruido Iluminación Ventilación Superficie Resbalosa Líneas Eléctricas Personas Alrededor Cables o Tubos Enterrados

Herramientas y Equipos: Elementos Inflamables Orden y aseo Otros Herramienta de Mano Opera con Aire Andamio Escalera Dieléctrica Grúa Mallecate / Winche Extintores

EPP Requerido: Botas Dieléctricas Guantes Dieléctricos Careta de Esmeril Capucha Gafas de Seguridad Delantal de Cuero Respirador / Mascarilla Guantes Vaqueta Botas de Caucho Protectores Auditivos Casco Dieléctrico con Barbuquejo Equipo de Protección Contra Caídas

Pruebas: Monitoreo de Gases Monitoreo de Ruido Otros

Notificaciones: Contratista Dpto. de Policía Dpto. Bomberos Supervisor en sitio Profesional SST Otros

ANÁLISIS DEL RIESGO DEL TRABAJO

Descripción Pasos O.T.: Coloque todas las actividades del trabajo a desarrollar de forma secuencial y ordenada

Riesgo/Aspecto Ambiental: Si existe un riesgo y/o aspecto ambiental en una de las actividades del trabajo escríbelos en cada casilla

Factor de Riesgo	Riesgo
F Físico	1. Ruido 2. Iluminación 3. Temperaturas extremas 4. Vibraciones 5. Presión atmosférica 6. Radiaciones no ionizante 7. Radiaciones ionizantes
E Eléctrico	1. Contacto directo media y baja tensión 2. Contacto indirecto medio y baja tensión 3. Instalaciones mal estado 4. Instalaciones recargadas
B Biológico	1. Virus 2. Bacterias 3. Hongos, Levaduras 4. Parasitos 5. Picaduras 6. Mordeduras 7. Fluido y/o excremento
Q Químico	1. Sólidos 2. Polvo orgánico e inorgánico 3. Gases y vapores, Líquidos 4. Humo metálico y no metálico 5. Material particulado
L Locativos	1. Caída de altura 2. Superficie de trabajo irregular, deslizantes 3. Sistema de Almacenamiento 4. Espacios confinados 5. Caída de objetos 6. Crecienter ríos
P Público	1. Atropellamiento 2. Atentados 3. Atacos 4. Accidentes viales 5. Usuarios Agresivos 6. Orden público 7. Asonadas 8. Sabotaje
M Mecánico	1. Máquinas 2. Uso de herramienta 3. Trabajos en altura 4. Atropellamientos 5. Golpes 6. Caída de objetos 7. Partes calientes 8. Mecanismos en movimiento
PS Psicosociales	1. Sobre carga de trabajo 2. Conflicto de Autoridad 3. Monotonía y rutina 4. Estrés laboral 5. Jornadas extensas de trabajo
N Natural	1. Tormentas eléctricas 2. Inundaciones 3. Precipitaciones (lluvias) 4. Sismos 5. Terremotos 6. Vendavales 7. Derumbes
BM Biomecánico	1. Factores posturales 2. Esfuerzo 3. Desplazamiento 4. Manipulación manual de cargas 5. Movimiento Repetitivo
T Tecnológico	1. Incendio 2. Explosión 3. Fugas 4. Derames

CONSECUENCIAS	a	b	c	d	e	f	g	h	i
	Fractura, luxación, esguince	Conmociones	Aplastamientos	Herida	Perdida Material	Picadura/Mordedura	Perdida humana	Axilas	Efectos de electricidad
									Otros

CONTROLES: Coloque en la casilla del CONTROLES A REALIZAR, la letra que aparece en el listado acorde al riesgo identificado.

EPP	A	Señalización	F	Sistema Contra Caídas	G	Monitoreo Ambiental	P	Normas de Tránsito y Transporte	U	Ventilación Forzada	Z
Capacitación	B	Conexiones a Tierra	G	Iluminación Provisional	L	Inspección Pre-Use	Q	Inspección Visual	V	Ausencia de Tensión	AB
Carta de Seguridad	C	Bloqueo y Etiquetado	H	Ayudas Mecánicas	M	Permiso de Trabajo	R	Control Tránsito	W		AC
Supervisión	D	Control de Tránsito Vehicular/Personas	I	Bloqueo y Etiquetado	N	Vigía de Seguridad	S	Procedimientos Operativos	X		AD
Extintores	E	KIT Antiderrames	J	Hojas de Seguridad	O	Orden y Aseo	T	Monitoreo de Gases	Y		AE

DESCRIPCIÓN ANÁLISIS DE RIESGOS Y/O ASPECTOS AMBIENTALES

Descripción de los Pasos a Seguir para el Desarrollo de la Orden de Trabajo	Riesgos	Consecuencia	Controles a Realizar
Alistar Herramientas	B(1); L(2) P(1)	A	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Excavación Manual.	B(1); L(2) N(1) BM(2)	A	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Instalar Ubena	B(1) L(2) N(1) BM(2)	A	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

RESPONSABLE DEL ANÁLISIS DEL TRABAJO SEGURO

Responsable de la Actividad	Supervisor SST	Profesional SST- AMBIENTAL
Nombre: <i>[Signature]</i>	Nombre: <i>[Signature]</i>	Nombre:
Firma: <i>[Signature]</i>	Firma: <i>[Signature]</i>	Firma:

Observaciones: *Se debe entibiar por lo cual se suspendio*

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		Página 1 de 1	
FORMATO ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO INGL MARIO GABRIEL JIMENEZ		VERSION: 01	
IDENTIFICACIÓN GENERAL			
Fecha de Inicio	09 / 05 / 2022	Fecha de finalización:	14 / 05 / 2022
Trabajo a realizar:	Reposición de alcantarillado	Ubicación:	Bl. Combrina totumo
Lugar de Ejecución de la Actividad:	VIA		
Descripción del Trabajo:	excavación para la reposición de Tubera de alcantarillado + acueducto		
Personas que realiza la actividad:			
	Cédula	Cargo	Firma
José Manuel	2388917	OFICIA	JOSÉ MANUEL
Samir Díaz ríos	91136121	AYUDANTE	Samir Díaz ríos
Luis Fernando ALBA	110565794	Practico	fernando A.
Luis Alberto ALBA	93341230	OFICIA	Luis Alberto
Juan Carlos Rodríguez Aintan	47678297	AYUDANTE	JUAN CARLOS
CONDICIONES GENERALES DEL TRABAJO			
Permiso de Trabajo:	<input checked="" type="checkbox"/> General	<input checked="" type="checkbox"/> Alturas	<input type="checkbox"/> Caliente
		<input type="checkbox"/> Espacios Confinados	<input type="checkbox"/> Energías peligrosas
Alrededores		Herramientas y Equipos	EPP Requerido
Nivel de Ruido	Elementos inflamables	<input checked="" type="checkbox"/> Herramienta de Mano	<input type="checkbox"/> Equipo de Comunicación
<input type="checkbox"/> Iluminación	<input type="checkbox"/> Orden y aseo	<input type="checkbox"/> Opera con Aire	<input checked="" type="checkbox"/> Kit Antiderrames
<input type="checkbox"/> Ventilación	<input checked="" type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Andamio	<input checked="" type="checkbox"/> Equipo de Señalización
<input type="checkbox"/> Superficie Resbalosa		<input type="checkbox"/> Escalera Dieléctrica	<input type="checkbox"/> Botas Dieléctricas
<input type="checkbox"/> Líneas Eléctricas		<input type="checkbox"/> Grúa	<input type="checkbox"/> Guantes Dieléctricos
<input checked="" type="checkbox"/> Personas Alrededor		<input type="checkbox"/> Malacate / Winche	<input type="checkbox"/> Guantes Vaqueta
<input type="checkbox"/> Cables o Tubos Enterrados		<input type="checkbox"/> Extintores	<input type="checkbox"/> Capucha
		<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Careta de Soldar
			<input type="checkbox"/> Gafas de Seguridad
			<input type="checkbox"/> Protectores Auditivos
			<input type="checkbox"/> Casco Dieléctrico con Barbuquejo
			<input type="checkbox"/> Equipo de Protección Contra Caídas
Pruebas		Notificaciones	
<input type="checkbox"/> Monitoreo de Gases	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Contratista	<input type="checkbox"/> Supervisor en sitio
<input type="checkbox"/> Monitoreo de Ruido		<input type="checkbox"/> Dpto. de Policía	<input type="checkbox"/> Profesional SST
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Dpto. Bomberos	<input type="checkbox"/> Otros
ANÁLISIS DEL RIESGO DEL TRABAJO			
Descripción Pasos O.T.	Coloque todas las actividades del trabajo a desarrollar de forma secuencial y ordenada		
Riesgo/Aspecto Ambiental	Si existe un riesgo y/o aspecto ambiental en una de las actividades del trabajo escríbalos en cada casilla		
Factor de Riesgo	Riesgo		
F Físico	1. Ruido 2. Iluminación 3. Temperaturas extremas 4. Vibraciones 5. Presión atmosférica 6. Radiaciones no ionizante 7. Radiaciones ionizantes		
E Eléctricos	1. Contacto directo media y baja tensión 2. Contacto indirecto media y baja tensión 3. Instalaciones mal estado 4. Instalaciones recargadas		
B Biológico	1. Virus 2. Bacterias 3. Hongos, Levaduras 4. Parásitos 5. Picaduras 6. Mordeduras 7. Fluido y/o excremento		
Q Químico	1. Sólidos 2. Polvo orgánico e inorgánico 3. Gases y vapores, Líquidos 4. Humo metálico y no metálico 5. Material particulado		
L Locativos	1. Caída de altura 2. Superficie de trabajo irregulares, deslizantes 3. Sistemas de Almacenamiento 4. Espacios confinados 5. Caída de objetos 6. Crociante ríos		
P Público	1. Atropellamiento 2. Atontados 3. Atreos 4. Accidentes viales 5. Usuarios Agresivos 6. Orden público 7. Asonadas 8. Sabotaje		
M Mecánico	1. Máquinas 2. Uso de herramienta 3. Trabajos en altura 4. Atrapamientos 5. Golpes 6. Caída de objetos 7. Partes calientes 8. Mecanismos en movimiento		
PS Psicosociales	1. Sobre carga de trabajo 2. Conflicto de Autoridad 3. Monotonía y rutina 4. Estrés laboral 5. Jornadas extensas de trabajo		
N Natural	1. Tormentas eléctricas 2. Inundaciones 3. Precipitaciones (lluvias) 4. Sismos 5. Terremotos 6. Vendaval 7. Derrumbes		
BM Biomecánico	1. Factores posturales 2. Esfuerzo 3. Desplazamiento 4. Manipulación manual de cargas 5. Movimiento Repetitivo		
T Tecnológico	1. Incendio 2. Explosión 3. Fugas 4. Derrames		
CONSECUENCIAS	<input type="checkbox"/> a Fractura, luxación, esguíno	<input type="checkbox"/> c Aplastamientos	<input type="checkbox"/> f Picadura/Mordedura
	<input type="checkbox"/> b Conmociones	<input type="checkbox"/> d Laceración	<input type="checkbox"/> h Asfixias
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> e Pérdida Material	<input type="checkbox"/> i Efectos de electricidad
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> j Envenenamiento
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> o Otros
CONTROLES	Coloque en la casilla del CONTROLES A REALIZAR, la letra que aparece en el listado acorde al riesgo identificado.		
EPP	<input type="checkbox"/> A Señalización	<input type="checkbox"/> F Sistema Contra Caídas	<input type="checkbox"/> K Monitoreo Ambiental
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> P Normas de Tránsito y Transporte
Capacitación	<input type="checkbox"/> B Conexiones a Tierra	<input type="checkbox"/> G Iluminación Provisional	<input type="checkbox"/> L Inspección Pre-Use
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Q Inspección Visual
Carta de Seguridad	<input type="checkbox"/> C Bloqueo y Etiquetado	<input type="checkbox"/> H Ayudas Mecánicas	<input type="checkbox"/> M Permiso de Trabajo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> R Control Tránsito
Supervisión	<input type="checkbox"/> D Control de Tránsito Vehicular/Personas	<input type="checkbox"/> I Bloqueo y Etiquetado	<input type="checkbox"/> N Vigia de Seguridad
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S Procedimientos Operativos
Extintores	<input type="checkbox"/> E Kit Antiderrames	<input type="checkbox"/> J Hojas de Seguridad	<input type="checkbox"/> O Orden y Aseo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> T Monitoreo de Gases
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> U Ventilación Forzada
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> V Ausencia de Tensión
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> W
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> X
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Y
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Z
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> AB
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> AC
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> AD
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> AE

DESCRIPCIÓN ANÁLISIS DE RIESGOS Y/O ASPECTOS AMBIENTALES

Descripción de los Pasos a Seguir para el Desarrollo de la Orden de Trabajo	Riesgos	Consecuencia	Controles a Realizar
① Alotamiento de hormigón	M3, F6, B1, L2 B3, P5	caídas, esguince	A C U S <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
② Traslado maquinaria para excavación	L5, L2, P RM2 F1 + C B1 Q5	aplástamiento	B C U S <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
③ Instalación de tubería	F1, 4-6 B1 L2 Q3, S Y M Y	aplástamiento	A A A C A U C 7 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
④ corte + descorque de material	F1, 6, 2 B1 L5 + B 4-6 M8, 32 N SR	contusiones	A A A C U U L B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

RESPONSABLE DEL ANÁLISIS DEL TRABAJO SEGURO

Responsable de la Actividad	Supervisor SST	Profesional SST- AMBIENTAL
Nombre:	Nombre: <i>KEVIN MORTINEZ</i>	Nombre:
Firma:	Firma: <i>[Signature]</i>	Firma:

Observaciones:

IDENTIFICACIÓN GENERAL

Fecha de Inicio:	02/05/2022	Fecha de finalización:	07/05/2022
Trabajo a realizar:	Reposición de alcantarillado	Ubicación:	B1 Piedra Pintada
Lugar de Ejecución de la Actividad:	VIG		
Descripción del Trabajo:	Reparación para la reposición de tubería de alcantarillado y aseo de		
Personas que realiza la actividad:	Cédula	Cargo	Firma
X JG (Luz)	17588927	OFICIAL	JOSÉ ALBA
Luis Fernando ALBA	110565794	Ayudante	Luis Fernando ALBA
José Alberto ALBA	92291635	OFICIAL	José Alberto ALBA
José Fernando ALBA	92291635	OFICIAL	José Fernando ALBA
Edinson Lozano	5824101	O.P. RETO	Edinson Lozano

CONDICIONES GENERALES DEL TRABAJO

Permiso de Trabajo:	<input checked="" type="checkbox"/> General	<input type="checkbox"/> Alturas	<input type="checkbox"/> Caliente	<input type="checkbox"/> Espacios Confinados	<input type="checkbox"/> Energías peligrosas
Alrededores	Herramientas y Equipos		EPP Requerido		
Nivel de Ruido	Elementos Inflamables	Herramienta de Mano	Equipo de Comunicación	Botas Dieléctricas	Respirador / Mascarilla
<input type="checkbox"/> Iluminación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Opera con Aire	<input checked="" type="checkbox"/> Kit Antiderrames	<input type="checkbox"/> Guantes Dieléctricos	<input type="checkbox"/> Guantes Vaqueta
<input type="checkbox"/> Ventilación	<input checked="" type="checkbox"/> Orden y aseo	<input type="checkbox"/> Andamio	<input type="checkbox"/> Equipo de Señalización	<input type="checkbox"/> Careta de Esmeril	<input type="checkbox"/> Capucha
<input type="checkbox"/> Superficie Resbalosa	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Escalera Dieléctrica	<input type="checkbox"/> Botiquín	<input type="checkbox"/> Careta para Soldar	<input type="checkbox"/> Botas de Caucho
<input type="checkbox"/> Líneas Eléctricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Grúa	<input type="checkbox"/> Cargador	<input type="checkbox"/> Gafas de Seguridad	<input type="checkbox"/> Delantal de Cuero
<input checked="" type="checkbox"/> Personas Alrededor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Malacate / Winche	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Protectores Auditivos	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cables o Tubos Enterrados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Extintores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Casco Dieléctrico con Barbuquejo	<input type="checkbox"/>
Pruebas	Notificaciones		Equipo de Protección Contra Caídas		
<input type="checkbox"/> Monitoreo de Gases	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Contratista	<input type="checkbox"/> Supervisor en sitio	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Monitoreo de Ruido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dpto. de Policía	<input type="checkbox"/> Profesional SST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dpto. Bomberos	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANÁLISIS DEL RIESGO DEL TRABAJO

Descripción Pasos O.T.: Coloque todas las actividades del trabajo a desarrollar de forma secuencial y ordenada

Riesgo/Aspecto Ambiental: Si existe un riesgo y/o aspecto ambiental en una de las actividades del trabajo escríbelos en cada casilla

Factor de Riesgo	Riesgo
F Físico	1. Ruido 2. Iluminación 3. Temperaturas extremas 4. Vibraciones 5. Presión atmosférica 6. Radiaciones no ionizante 7. Radiaciones ionizantes
E Eléctricos	1. Contacto directo media y baja tensión 2. Contacto indirecto media y baja tensión 3. Instalaciones mal estado 4. Instalaciones recargadas
B Biológico	1. Virus 2. Bacterias 3. Hongos, Levaduras 4. Parasitos 5. Picaduras 6. Mordeduras 7. Fluido y excremento
Q Químico	1. Sólidos 2. Polvo orgánico o inorgánico 3. Gases y vapores, Líquidos 4. Humo metálico y no metálico 5. Material particulado
L Locativos	1. Caída de altura 2. Superficie de trabajo irregulares, deslizantes 3. Sistemas de Almacenamiento 4. Espacios confinados 5. Caída de objetos 6. Creciente ríos
P Público	1. Atropellamiento 2. Alertados 3. Atacos 4. Accidentes viales 5. Usuarios Agresivos 6. Orden público 7. Asonadas 8. Sabotaje
M Mecánico	1. Máquinas 2. Uso de herramienta 3. Trabajos en altura 4. Atrapamientos 5. Golpes 6. Caída de objetos 7. Partes calientes 8. Mecanismos en movimiento
PS Psicosociales	1. Sobre carga de trabajo 2. Conflicto de Autoridad 3. Monotonía y rutina 4. Estrés laboral 5. Jornadas extensas de trabajo
N Natural	1. Tormentas eléctricas 2. Inundaciones 3. Precipitaciones (lluvias) 4. Sismos 5. Terremotos 6. Vendaval 7. Derrumbes
BM Biomecánico	1. Factores posturales 2. Esfuerzo 3. Desplazamiento 4. Manipulación manual de cargas 5. Movimiento Repetitivo
T Tecnológico	1. Incendio 2. Explosión 3. Fugas 4. Derrames

CONSECUENCIAS	a Fractura, luxación, esguince	c Aplastamientos	f Picadura/Mordedura	h Asfobias	i Efectos de electricidad
	b Conmociones	d Laceraciones	e Pérdida Material	g Pérdida humana	j Envenenamiento
					o Otros

CONTROLES: Coloque en la casilla del CONTROLES A REALIZAR, la letra que aparece en el listado acorde al riesgo identificado.

EPP	A Señalización	F Sistema Contra Caldas	K Monitoreo Ambiental	P Normas de Tránsito y Transporte	U Ventilación Forzada	Z
Capacitación	B Conexiones a Tierra	G Iluminación Provisional	L Inspección Pre-Use	Q Inspección Visual	V Ausencia de Tensión	AB
Charla de Seguridad	C Bloqueo y Etiquetado	H Ayudas Mecánicas	M Permiso de Trabajo	R Control Tránsito	W	AC
Supervisión	D Control de Tránsito Vehicular/Personas	I Bloqueo y Etiquetado	N Vigía de Seguridad	S Procedimientos Operativos	X	AD
Extintores	E Kit Antiderrames	J Hojas de Seguridad	O Orden y Aseo	T Monitoreo de Gases	Y	AE

DESCRIPCIÓN ANÁLISIS DE RIESGOS Y/O ASPECTOS AMBIENTALES

Descripción de los Pasos a Seguir para el Desarrollo de la Orden de Trabajo	Riesgos	Consecuencia	Controles a Realizar
① aislamiento de herramienta	N3, F6, B1, 12 B3, P35	caídas resquebra	A C T S <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
② traslado maquinaria para excavación	L5, L2, P1, m2 F1-C, B1, Q3	aplastamiento	N3 C R S Q <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
③ Instalación de Tubera	F1, 4-6, B17 Q 315, 4m1-24	aplastamiento	A A A C A S C T V <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
④ carga y descarga de material	F1, 6, 3, B1, L5 B4-6, m8, J2 N3, Bm1	contusiones	A U A C W V Z B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

RESPONSABLE DEL ANÁLISIS DEL TRABAJO SEGURO

Responsable de la Actividad	Supervisor SST	Profesional SST- AMBIENTAL
Nombre:	Nombre: <u>RICARDO MONTANA</u>	Nombre:
Firma:	Firma: <u>[Firma]</u>	Firma:

Observaciones:

IDENTIFICACIÓN GENERAL

Fecha de Inicio	02/05/2022	Fecha de finalización:	07/05/2022
Trabajo a realizar:	Reposición de alcantarillado	Ubicación:	B/ comba ma totumo
Lugar de Ejecución de la Actividad:	vía		
Descripción del Trabajo:	excavación para la reposición de tubería de alcantarillado y acueducto		
Personas que realiza la actividad:			
Luis fernando AIBA B.	Cédula	Cargo	Firma
Jorge MESAÑO TICOMI GARCIA	110565794	ayudante	fernando A.
José Hernández	1216494666	operador	
Luis Alberto AIBA MEYERMANO	92837997	oficial	José Hernández
	93381021	oficial	

CONDICIONES GENERALES DEL TRABAJO

Permiso de Trabajo:	<input checked="" type="checkbox"/> General	<input checked="" type="checkbox"/> Alturas	<input type="checkbox"/> Caliente	<input type="checkbox"/> Espacios Confinados	<input type="checkbox"/> Energías peligrosas
Aledores		Herramientas y Equipos		EPP Requerido	
Nivel de Ruido	Elementos inflamables	Herramienta de Mano	Equipo de Comunicación	Botas Dieléctricas	Respirador / Mascarilla
<input type="checkbox"/> Iluminación	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Opera con Aire	<input checked="" type="checkbox"/> Kit Antiderrames	<input type="checkbox"/> Guantes Dieléctricos	<input type="checkbox"/> Respirador / Mascarilla
<input type="checkbox"/> Ventilación	<input checked="" type="checkbox"/> Orden y aseo	<input type="checkbox"/> Andamio	<input type="checkbox"/> Equipo de Señalización	<input type="checkbox"/> Careta de Esmétil	<input type="checkbox"/> Capucha
<input type="checkbox"/> Superficie Resbalosa	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Escalera Dieléctrica	<input type="checkbox"/> Botiquín	<input type="checkbox"/> Careta para Soldar	<input type="checkbox"/> Botas de Caucho
<input type="checkbox"/> Líneas Eléctricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Grúa	<input type="checkbox"/> Cargador	<input type="checkbox"/> Gafas de Seguridad	<input type="checkbox"/> Delantal de Cuero
<input checked="" type="checkbox"/> Personas Alrededor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Malacata / Wincha	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Protectores Auditivos	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cables o Tubos Enterrados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Extintores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Casco Dieléctrico con Barbuquejo	<input type="checkbox"/>
Pruebas		Notificaciones		<input type="checkbox"/> Equipo de Protección Contra Caldas	
<input type="checkbox"/> Monitoreo de Gases	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Contratista	<input type="checkbox"/> Supervisor en sitio	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Monitoreo de Ruido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dpto. de Policía	<input type="checkbox"/> Profesional SST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dpto. Bomberos	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANÁLISIS DEL RIESGO DEL TRABAJO

Descripción Pasos O.T.	Coloque todas las actividades del trabajo a desarrollar de forma secuencial y ordenada
Riesgo/Aspecto Ambiental	Si existe un riesgo y/o aspecto ambiental en una de las actividades del trabajo escríbalos en cada casilla

Factor de Riesgo	Riesgo
F Físico	1. Ruido 2. Iluminación 3. Temperaturas extremas 4. Vibraciones 5. Presión atmosférica 6. Radiaciones no ionizante 7. Radiaciones ionizantes
E Eléctricos	1. Contacto directo media y baja tensión 2. Contacto indirecto media y baja tensión 3. Instalaciones mal estado 4. Instalaciones recargadas
B Biológico	1. Virus 2. Bacterias 3. Hongos, Levaduras 4. Parasitos 5. Picaduras 6. Mordeduras 7. Fluido y excremento
Q Químico	1. Sólidos 2. Polvo orgánico e inorgánico 3. Gases y vapores, Líquidos 4. Humo metálico y no metálico 5. Material particulado
L Locativos	1. Caída de altura 2. Superficie de trabajo Irregulares, deslizantes 3. Sistemas de Almacenamiento 4. Espacios confinados 5. Calda de objetos 6. Creciente ríos
P Público	1. Atropellamiento 2. Atentados 3. Atrocos 4. Accidentes viales 5. Usuarios Agresivos 6. Orden público 7. Asonadas 8. Sabotaje
M Mecánico	1. Máquinas 2. Uso de herramienta 3. Trabajos en altura 4. Atrapamientos 5. Golpes 6. Calda de objetos 7. Partes calientes 8. Mecanismos en movimiento
PS Psicosociales	1. Sobre carga de trabajo 2. Conflicto de Autoridad 3. Monotonía y rutina 4. Estrés laboral 5. Jornadas extensas de trabajo
N Natural	1. Tormentas eléctricas 2. Inundaciones 3. Precipitaciones (lluvias) 4. Sismos 5. Terremotos 6. Vendaval 7. Derrumbes
BM Biomecánico	1. Factores posturales 2. Esfuerzo 3. Desplazamiento 4. Manipulación manual de cargas 5. Movimiento Repetitivo
T Tecnológico	1. Incendio 2. Explosión 3. Fugas 4. Derrames

CONSECUENCIAS	<input type="checkbox"/> a Fractura, luxación, esguince	<input type="checkbox"/> c Aplastamientos	<input type="checkbox"/> f Picadura/Mordedura	<input type="checkbox"/> h Asfixias	<input type="checkbox"/> i Efectos de electricidad
	<input type="checkbox"/> b Conmociones	<input type="checkbox"/> d Laceración	<input type="checkbox"/> e Pérdida Material	<input type="checkbox"/> g Pérdida humana	<input type="checkbox"/> j Envenenamiento
				<input type="checkbox"/> o Otros	

CONTRÓLES

Coloque en la casilla del CONTRÓLES A REALIZAR, la letra que aparece en el listado acorde al riesgo identificado.					
EPP	<input type="checkbox"/> A Señalización	<input type="checkbox"/> F Sistema Contra Caldas	<input type="checkbox"/> K Monitoreo Ambiental	<input type="checkbox"/> P Normas de Tránsito y Transporte	<input type="checkbox"/> U Ventilación Forzada
Capacitación	<input type="checkbox"/> B Conexiones a Tierra	<input type="checkbox"/> G Iluminación Provisional	<input type="checkbox"/> L Inspección Pre-Use	<input type="checkbox"/> Q Inspección Visual	<input type="checkbox"/> V Ausencia de Tensión
Charra de Seguridad	<input type="checkbox"/> C Bloqueo y Etiquetado	<input type="checkbox"/> H Ayudas Mecánicas	<input type="checkbox"/> M Permiso de Trabajo	<input type="checkbox"/> R Control Tránsito	<input type="checkbox"/> W
Supervisión	<input type="checkbox"/> D Control de Tránsito Vehicular/Personas	<input type="checkbox"/> I Bloqueo y Etiquetado	<input type="checkbox"/> N Vigia de Seguridad	<input type="checkbox"/> S Procedimientos Operativos	<input type="checkbox"/> X
Extintores	<input type="checkbox"/> E Kit Antiderrames	<input type="checkbox"/> J Hojas de Seguridad	<input type="checkbox"/> O Orden y Aseo	<input type="checkbox"/> T Monitoreo de Gases	<input type="checkbox"/> Y

DESCRIPCIÓN ANÁLISIS DE RIESGOS Y/O ASPECTOS AMBIENTALES

Descripción de los Pasos a Seguir para el Desarrollo de la Orden de Trabajo	Riesgos	Consecuencia	Controles a Realizar								
1) alistamiento de herramienta	F3, F6, B1, 12 B2, B3	cortes profundos	A	C	T	S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Traslado maquinaria para excavación	L5, 12, P1, m2 F1-6, B1, B3	explosiones	B	C	D	S	D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Instalación de tubería	F1, 4-6, B12 B3, 15, 4 m 24	cortaduras	A	A	N	C	A	B	C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) carga y descarga de material	F1, 6, 2 B1 L5, B4-6 m8, 32 N3Bm	contusiones	A	B	N	C	W	W	L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESPONSABLE DEL ANÁLISIS DEL TRABAJO SEGURO

Responsable de la Actividad	Supervisor SST	Profesional SST- AMBIENTAL
Nombre:	Nombre: <u>Lucio Molina</u>	Nombre:
Firma:	Firma: <u>[Firma]</u>	Firma:

Observaciones:

**CONTRATO DE OBRA CIVIL PARA LA OPTIMIZACION Y/O
MEJORAMIENTO DEL SERVICIO EN LOS SISTEMAS DE
ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO, EN EL PERIMETRO
HIDRAULICO DE LA EMPRESA IBAGUEREÑA DE ACUEDUCTO Y
ALCANTARILLADO IBAL S.A. E.S.P. OFICIAL"**

Ibagué, mayo 30 del 2022
Hora de Inicio: 15 p.m.
Hora de finalización 16:30 p.m.

**COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL
TRABAJO "COPASST"**

Acta N° 02

En las instalaciones de la oficina del Ing. Mario Gabriel Jiménez Martínez, se reunió el presidente del Copasst el Ing. Jorge Mario Salazar y el ing. Hebert Rubio Calderón, en calidad de secretario como representación del ing. Mario Gabriel Jiménez, y el residente sst Héctor Galindo, dando cumplimiento a la Resolución 2013 de 1986 y al Decreto 1295 de 1994 en su artículo 63 y a las exigencias de la División de Salud Ocupacional del Ministerio de Protección Social.

Temas de la reunión:

1. Informe de accidentalidad.
2. Informe de capacitaciones.
3. Recomendaciones del residente SST.

Desarrollo

1. Con relación al tema de accidentalidad se informa por parte del residente sst que en este periodo no se presentó ningún incidente.
2. De las recomendaciones del Residente SST:
 - a) Implementar las señales de los planes de manejo de tráfico si bien es cierto que se han instalado las vallas del Ibal, se deben colocar las de aproximación a obra (Trabajadores en la vía, maquinaria en la vía, entrada y salida de volquetas e inicio de obra)
 - b) En este periodo mejoro la entrega de elementos de protección

individual y dotaciones del ibal.


- c) Se cumplió con la entrega de los carnés con su respectivo brazalete.
- d) Sigue pendiente la solicitud a todos los trabajadores del curso de alturas antes de ingresar a trabajar.

El presidente del comité sugiere realizar oficios a los subcontratistas que no cumplan con las normas de seguridad industrial.

No siendo mas se da por finalizada la reunión y se programa para el 30 de junio del presente año y se revisan las acciones de mejora.

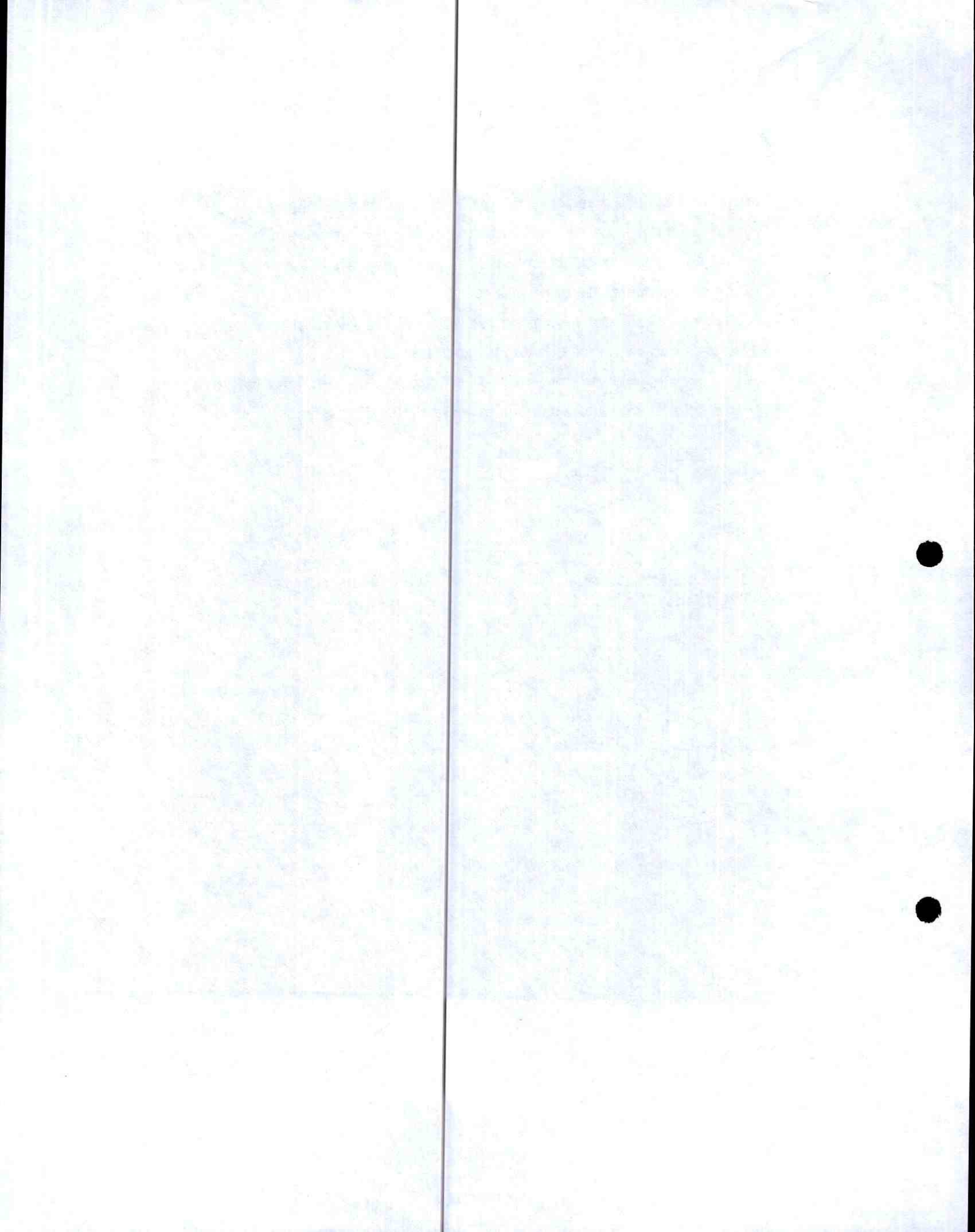
Firma


Jorge Mario Salazar
Presidente

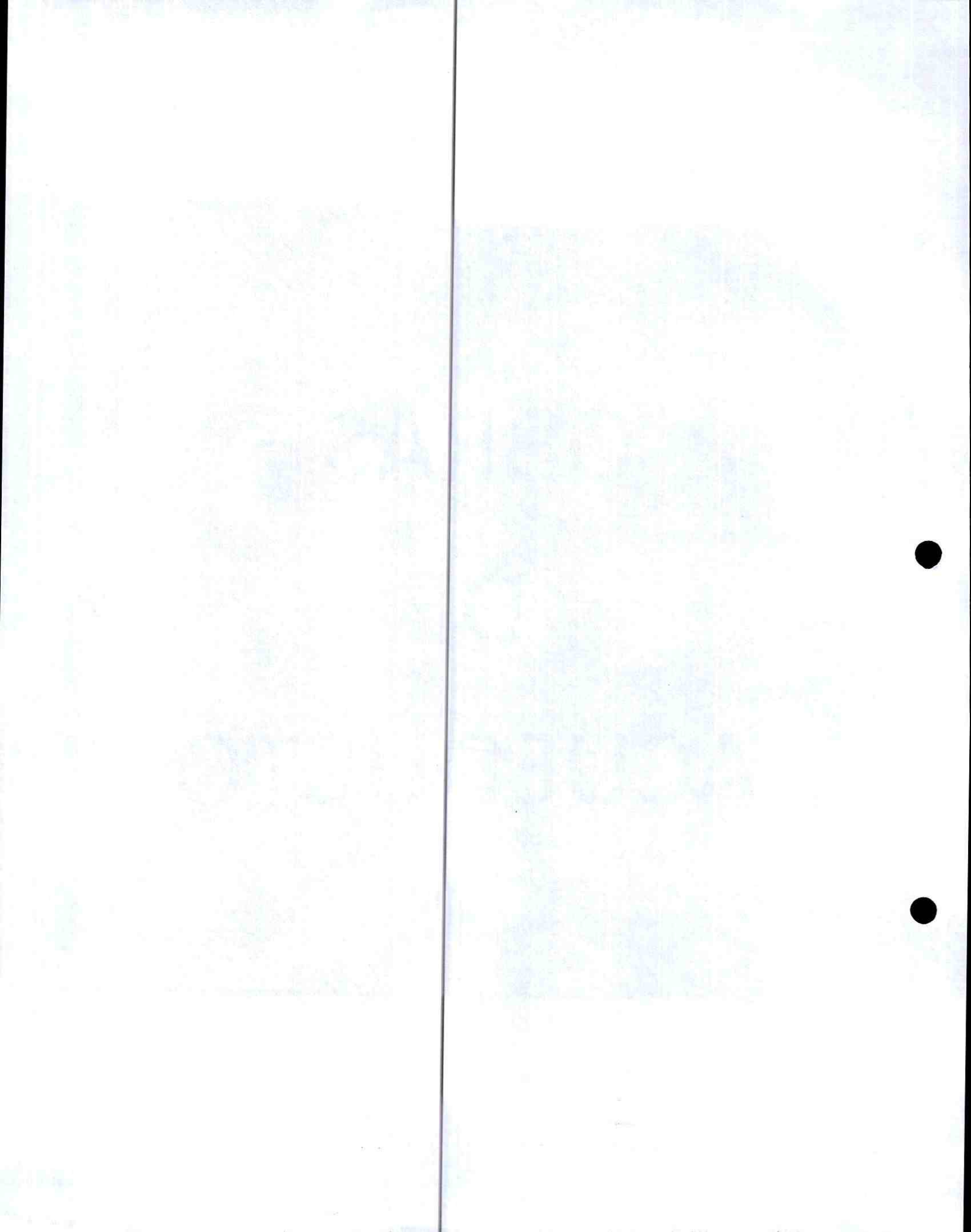

Hébert Rubio Calderón
secretario

Invitado

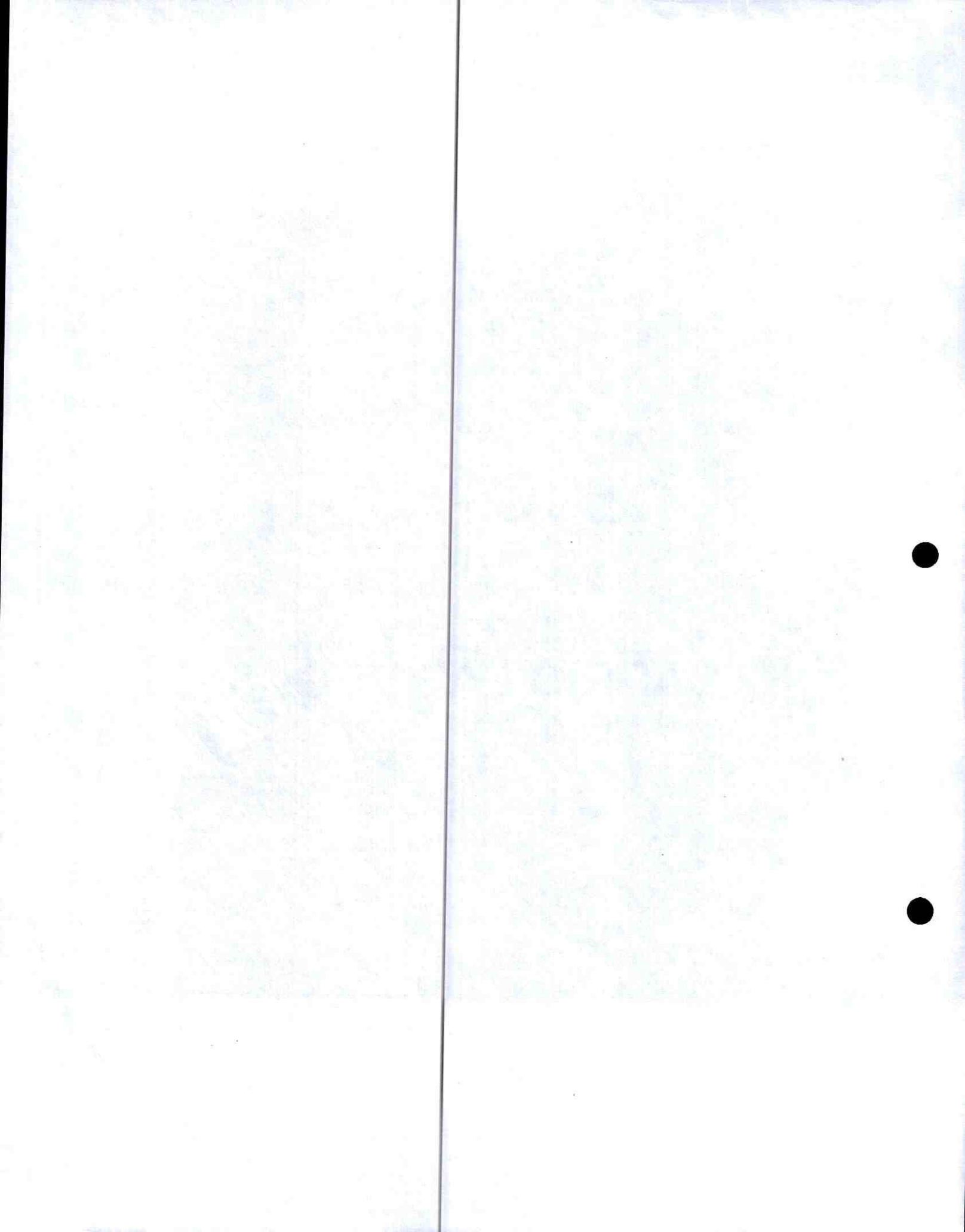

Héctor Julio Galindo Vargas
Residente SST



**OBRAS
DE
ACUEDUCTO**



BARRIO LAS VEGAS





**PREACTA DE OBRA
ACTA FINAL DE OBRA No.01**

CONTRATO DE OBRA N° 083 DEL 9 DE MARZO DE 2022

Dirección: CARRERA 4A SUR CON CALLE 21 A B/LAS VEGAS
Contratista: ING: MARIO GABRIEL JIMENEZ MARTINEZ
Supervisor: ING: DILEY VANESSA BARRERO OLAYA
Fecha Inicio: ABRIL 5 DE 2022 **Fecha Terminación:** ABRIL 23 DE 2022

LOCALIZACION



MEMORIAS DE CALCULO

	DESCRIPCIÓN	LONG.	ANCHO PROM.	PROFUNDIDAD	CANTIDAD	VOLUMEN
1	PRELIMINARES					
1,1	Localización Y Replanteo	42,00				42,00
1,9	Cargue y Retiro de sobrantes hasta 24 km a Maquina	42,00	0,50	1,10		23,10
	Rotura de Pavimento	42,00	0,50	0,10		2,10
						25,20
1,11	Suministro de Recebo en zanja compactado c/ 15 Cms. Medio mecánico	42,00	0,50	1,10		23,10
	Lleno Domiciliarias					0,00
						23,10
3	EXCAVACIONES A MANO					
	De 0 a 2 mts en Seco					
3,1	Excavaciones en Material Común					
	Cra 3A bis Sur No 21 - 36	2,80	0,38	0,90		0,96
	Cra 3A bis Sur No 21B - 30	3,50	0,38	0,90		1,20
	Cra 3bis Sur No 21B - 24	2,80	0,38	0,90		0,96
	Cra 3bis Sur No 21B - 20	2,70	0,38	0,90		0,92
		2,70	0,38	0,90		0,92
	Cra 3bis Sur No 21B - 12	2,20	0,38	0,90		0,75
	Cra 3bis Sur No 21B - 04	2,40	0,38	0,90		0,82
	Cra 3A Sur No 21 - 05	4,50	0,38	0,90		1,54
	Cra 3bis Sur No 21B - 69 Casa Café	1,50	0,38	0,90		0,51
						8,58

Diley Vanessa Barrero O.
IBAL
 INSTITUTO DE INVESTIGACIONES Y ALICANTABILIDAD