

 ARNOLD MURCIA CHARRY <small>INGENIERÍA</small> <small>de Recursos Constructivos y Equipos</small>	INSPECCIÓN DE BOTIQUÍN Y CAMILLA		CÓDIGO:	ES-SIG-RG-23
			VERSIÓN:	1
			FECHA DE APROBACIÓN:	30/09/22
			PÁGINA:	1 de 1

Dependencia a Inspeccionar:	Tanque Ciudad y Pola	Fecha:	18 Mayo 2022
Responsable Inspección:	Jedy Vanegas Bernal	Cargo:	Responsable SST
Responsable de la Dependencia:		Cargo:	

CONTENIDO DEL BOTIQUÍN								
ITEM	DESCRIPCIÓN	SI	NO	N/A	CANT	FECHA DE VENCIMIENTO	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
1	Antiséptico: Clorhexidina o Yodopovidona (Jabón Quirúrgico)	X						
2	Solución Salina	X						
3	Jabón Antibacterial para manos							
4	Aplicadores o Copitos							
5	Baja Lenguas							
6	Gasa Antiséptica	X						
7	Compresas o Apósitos							
8	Curitas	X						
9	Esparadrapo de tela	X						
10	Cinta Micropore	X						
11	Vendas Elásticas	X						
12	Vendas Triangulares							
13	Guantes Quirúrgicos	X						
14	Tapabocas Quirúrgicos Desechables	X						
15	Mascarilla RCCP							
16	Inmovilizador Cervical	X						
17	Inmovilizador Maleable para Extremidades							
18	Inmovilizadores Maleables							
19	Termómetro de Mercurio o Digital							
20	Linterna							
21	Pilas de Repuesto	X						
22	Otros							

INSPECCION DE LA CAMILLA (Tabla Espinal Larga)					
ESTADO		BUENO	REGULAR	MALO	OBSERVACIONES
1	Instalación (Sitio de Ubicación)	X			
2	Señalización	X			
3	Estado de la Camilla	X			
4	Correas de Seguridad	X			
5	Sujetadores para Cargue	X			

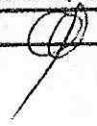
Nombre quien realizó la Inspección:		Coordinador SST
Cargo y Firma:	Profesional SST 	Jedy Vanegas

 ARNOLD MURCIA CHARRY <small>INGENIERO CIVIL</small> <small>Experto Docente y Consultor en seguridad</small>	INSPECCIÓN DE BOTIQUÍN Y CAMILLA		CÓDIGO:	ES-SIG-RG-24
			VERSIÓN:	1
			FECHA DE APROBACIÓN:	2022/05
			PÁGINA:	1 de 1

Dependencia a Inspeccionar:	Tanque Arzobispo	Fecha:	18-05-2022
Responsable Inspección:	Jady Vanegas	Cargo:	SST
Responsable de la Dependencia:		Cargo:	

CONTENIDO DEL BOTIQUÍN								
ITEM	DESCRIPCIÓN	SI	NO	N/A	CANT	FECHA DE VENCIMIENTO	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
1	Antiséptico: Clorhexidina o Yodopovidona (Jabón Quirúrgico)	✓						
2	Solución Salina	✓						
3	Jabón Antibacterial para manos	✓						
4	Aplicadores o Copitos	✓						
5	Baja Lenguas	✗						
6	Gasa Antiséptica	✗						
7	Compresas o Apósitos	✗						
8	Curites	✗						
9	Esparadrapo de tela	✓						
10	Cinta Micropore	✓						
11	Vendas Elásticas	✗						
12	Vendas Triangulares	✗						
13	Guantes Quirúrgicos	✗						
14	Tapabocas Quirúrgicos Desechables	✗						
15	Mascarilla RCCP	✗						
16	Inmovilizador Cervical	✗						
17	Inmovilizador Maleable para Extremidades	✓						
18	Inmovilizadores Maleables	✗						
19	Termómetro de Mercurio o Digital	✓						
20	Linterna	✓						
21	Pilas de Repuesto	✓						
22	Otros							

INSPECCIÓN DE LA CAMILLA (Tabla Espinal Larga)					
ESTADO		BUENO	REGULAR	MALO	OBSERVACIONES
1	Instalación (Sitio de Ubicación)	✗			
2	Señalización	✗			
3	Estado de la Camilla	✗			
4	Correas de Seguridad	✗			
5	Sujetadores para Cargue	✗			

Nombre quien realizó la Inspección:	Jady Vanegas	Coordinador SST
Cargo y Firma:		Jady Vanegas

 ARNOLD MURCIA CHARRY <small>INGENIERO CIVIL</small> <small>Asesor y Director de Servicios de Asesoría</small>	INSPECCIÓN DE BOTIQUÍN Y CAMILLA		CÓDIGO:	ES-SIG-RG-24
			VERSIÓN:	1
			FECHA DE APROBACIÓN:	30/3/2022
			PÁGINA:	1 de 1

Dependencia a Inspeccionar:	Tanque Intubación	Fecha:	18-05-2022
Responsable Inspección:	Ledy Vanegas	Cargo:	SST
Responsable de la Dependencia:		Cargo:	

CONTENIDO DEL BOTIQUIN								
ITEM	DESCRIPCIÓN	SI	NO	N/A	CANT	FECHA DE VENCIMIENTO	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
1	Antiséptico: Clorhexidina o Yodopovidona (Jabón Quirúrgico)	X						
2	Solución Salina	X						
3	Jabón Antibacterial para manos	X						
4	Aplicadores o Copitos	X						
5	Baja Lenguas	X						
6	Casa Antiséptica	X						
7	Compresas o Apósitos	X						
8	Curitas	X						
9	Esparadrapo de tela	X						
10	Cinta Micropore	X						
11	Vendas Elásticas	X						
12	Vendas Triangulares	X						
13	Guantes Quirúrgicos	X						
14	Tapabocas Quirúrgicos Desechables	X						
15	Mascarilla RCCP	X						
16	Inmovilizador Cervical	X						
17	Inmovilizador Maleable para Extremidades	X						
18	Inmovilizadores Maleables	X						
19	Termómetro de Mercurio o Digital	X						
20	Linterna	X						
21	Pilas de Repuesto	X						
22	Otros	X						

INSPECCIÓN DE LA CAMILLA (Tabla Espinal Largo)					
ESTADO		BUENO	REGULAR	MALO	OBSERVACIONES
1	Instalación (Sitio de Ubicación)				
2	Señalización				
3	Estado de la Camilla				
4	Correas de Seguridad				
5	Sujetadores para Cargue				

Nombre quien realizó la Inspección:	Jedy Vanegas Bernal	Coordenador SST	
Cargo y Firma:	Proposional SST.		

PERMISOS DE TRABAJO

Carrera 3 Número 12 - 36 OFICINA 709 CENTRO COMERCIAL PASAJE REAL
I B A G U É - TOLIMA

Celular 3114566746 EMAIL: Arnoldmurcia@hotmail.com

 ARNOLD MURCIA CHARRY INGENIERO CIVIL Esp. en Diseño y Construcción de Pavimentos	PERMISO DE TRABAJO PARA ESPACIOS CONFINADOS	VERSIÓN 01
		FECHA: 25/01/2022

FECHA:	ORDEN DE TRABAJO:	ÁREA:
--------	-------------------	-------

TRABAJADORES			
NOMBRE	CC	CARGO	FIRMA
Anderson Bucanary	1110462082	ayudante	<i>[Signature]</i>
Jose Correa	1110551070	ayudante	<i>[Signature]</i>
Duan C Mancera	11105910836	ayudante	<i>[Signature]</i>
Johan Rondon	93089877	Ayudante	<i>[Signature]</i>
Cristian Ramirez	1110505903	Ayudante	<i>[Signature]</i>

OTROS PERMISOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	
TRABAJO EN ALTURAS _____	TRABAJO CON SUSTANCIAS QUIMICAS _____
TRABAJOS EN CALIENTE _____	IZAJE DE CARGAS _____
BLOQUEOS DE ENERGÍAS PELIGROSAS _____	

MEDICIONES ATMOSFERICAS						
(Escribir los valores registrados por el equipo de medición 3 veces)						
ÍTEM	VALOR 1	HORA	VALOR 2	HORA	VALOR 3	HORA
CONTENIDO DE OXIGENO (20.8)						
EXPLOSIVIDAD (LEL 0%)						
H2S (ACIDO SULFUHIDRICO) 0PPM						
CO (MONOXIDO DE CARBONO) 0PPM						
CALCULO CLAUDAL PARA VENTILADOR						

CONDICIONES DE SEGURIDAD	
1. ¿El espacio confinado está purgado y limpio?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. ¿Cuenta con vigia u observador en sitio?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. ¿Cuenta con sistemas de extracción de gases?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
4. ¿Cuenta con sistemas de ventilación forzada?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5. Mecanismo de comunicación:	CUERDA <input checked="" type="checkbox"/> RADIO <input type="checkbox"/> DIRECTA <input type="checkbox"/>
6. ¿El área de requiere ser delimitada con conos y cinta de seguridad?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7. Acceso para el espacio confinado	ESCALERA <input checked="" type="checkbox"/> PLATAFORMA <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			
Arnés de cuerpo completo	<input checked="" type="checkbox"/>	Guantes de cuero	<input type="checkbox"/>
Eslinga doble con ganchos de amplia apertura	<input checked="" type="checkbox"/>	Gafas de seguridad	<input checked="" type="checkbox"/>
Eslinga de posicionamiento simple certificada	<input type="checkbox"/>	Línea de vida	<input checked="" type="checkbox"/>
Casco con barbuquejo de 3 puntos	<input checked="" type="checkbox"/>	Sistema de bloqueo para líneas de vida vertical	<input type="checkbox"/>
Mascarilla con filtro o cartuchos para químicos	<input checked="" type="checkbox"/>	Líneas de aire suplido	<input type="checkbox"/>
Equipo autocontenido (para rescate)	<input type="checkbox"/>		

VALIDACIÓN	
VALIDO DESDE:	VALIDO HASTA:
OBSERVACIONES:	

Nombre responsable	Firma	Nombre supervisor	Firma
Leidy Vunegras			

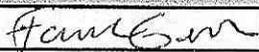
Nombre inspector de atmosfera	Firma
Feder Gomez	

CONDICIONES DE SEGURIDAD	
1. ¿El espacio confinado está purgado y limpio?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. ¿Cuenta con vigía u observador en sitio?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. ¿Cuenta con sistemas de extracción de gases?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
4. ¿Cuenta con sistemas de ventilación forzada?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5. Mecanismo de comunicación:	CUERDA <input checked="" type="checkbox"/> RADIO <input type="checkbox"/> DIRECTA <input type="checkbox"/>
6. ¿El área de requiere ser delimitada con conos y cinta de seguridad?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7. Acceso para el espacio confinado	ESCALERA <input checked="" type="checkbox"/> PLATAFORMA <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			
Arnés de cuerpo completo	<input checked="" type="checkbox"/>	Guantes de cuero	<input type="checkbox"/>
Eslinga doble con ganchos de amplia apertura	<input checked="" type="checkbox"/>	Gafas de seguridad	<input checked="" type="checkbox"/>
Eslinga de posicionamiento simple certificada	<input type="checkbox"/>	Línea de vida	<input checked="" type="checkbox"/>
Casco con barbuquejo de 3 puntos	<input checked="" type="checkbox"/>	Sistema de bloqueo para líneas de vida vertical	<input type="checkbox"/>
Mascarilla con flitro o cartuchos para químicos	<input checked="" type="checkbox"/>	Líneas de aire suplido	<input type="checkbox"/>
Equipo autocontenido (para rescate)	<input type="checkbox"/>		

VALIDACIÓN	
VALIDO DESDE:	VALIDO HASTA:
OBSERVACIONES:	

Nombre responsable	Firma	Nombre supervisor	Firma
Jerdy Vanegas			

Nombre inspector de atmosfera	Firma
Fackr Gomez	

 ARNOLD MURCIA CHARRY INGENIERO CIVIL Esp. en Diseño y Construcción de Pavimentos	PERMISO DE TRABAJO PARA ESPACIOS CONFINADOS	VERSIÓN 01
		FECHA: 25/01/2022

FECHA: 18 Mayo 2022	ORDEN DE TRABAJO:	ÁREA: Tanque Interlaguen
---------------------	-------------------	--------------------------

TRABAJADORES			
NOMBRE	CC	CARGO	FIRMA
Fidel Gomez	14296153	ayudante	Fidel Gomez

OTROS PERMISOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	
TRABAJO EN ALTURAS <input checked="" type="checkbox"/>	TRABAJO CON SUSTANCIAS QUIMICAS _____
TRABAJOS EN CALIENTE _____	IZAJE DE CARGAS _____
BLOQUEOS DE ENERGÍAS PELIGROSAS _____	

MEDICIONES ATMOSFERICAS (Escribir los valores registrados por el equipo de medición 3 veces)						
ÍTEM	VALOR 1	HORA	VALOR 2	HORA	VALOR 3	HORA
CONTENIDO DE OXIGENO (20.8)						
EXPLOSIVIDAD (LEL 0%)						
H2S (ACIDO SULFUHIDRICO) 0PPM						
CO (MONOXIDO DE CARBONO) 0PPM						
CALCULO CLAUDAL PARA VENTILADOR						

 ARNOLD MURCIA CHARRY INGENIERO CIVIL Esp. en Diseño y Construcción de Pavimentos	PERMISO DE TRABAJO PARA ESPACIOS CONFINADOS	VERSIÓN 01
		FECHA: 25/01/2022

FECHA: 18 Mayo 22	ORDEN DE TRABAJO:	ÁREA: Tanque Belen Amorru
-------------------	-------------------	---------------------------

TRABAJADORES			
NOMBRE	CC	CARGO	FIRMA
Anderson Berameya	1110462082	ayudante	<i>Amurru</i>
Jose Borcates	1110551090	ayudante	<i>Jose R</i>
Fan C Mancera	11105910836	Ayudante	<i>Fancera</i>
Joan Rondon	93089897	Ayudante	<i>Joan</i>
Crystian Ramirez	1110505903	Ayudante	<i>Crystian</i>

OTROS PERMISOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	
TRABAJO EN ALTURAS <input checked="" type="checkbox"/>	TRABAJO CON SUSTANCIAS QUIMICAS _____
TRABAJOS EN CALIENTE _____	IZAJE DE CARGAS _____
BLOQUEOS DE ENERGÍAS PELIGROSAS _____	

MEDICIONES ATMOSFERICAS						
(Escribir los valores registrados por el equipo de medición 3 veces)						
ÍTEM	VALOR 1	HORA	VALOR 2	HORA	VALOR 3	HORA
CONTENIDO DE OXIGENO (20.8)						
EXPLOSIBILIDAD (LEL 0%)						
H2S (ACIDO SULFUHIDRICO) 0PPM						
CO (MONOXIDO DE CARBONO) 0PPM						
CALCULO CLAUDAL PARA VENTILADOR						

CONDICIONES DE SEGURIDAD	
1. ¿El espacio confinado está purgado y limpio?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. ¿Cuenta con vigia u observador en sitio?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. ¿Cuenta con sistemas de extracción de gases?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
4. ¿Cuenta con sistemas de ventilación forzada?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5. Mecanismo de comunicación:	CUERDA <input checked="" type="checkbox"/> RADIO <input type="checkbox"/> DIRECTA <input type="checkbox"/>
6. ¿El área de requiere ser delimitada con conos y cinta de seguridad?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7. Acceso para el espacio confinado	ESCALERA <input checked="" type="checkbox"/> PLATAFORMA <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			
Arnés de cuerpo completo	<input type="checkbox"/>	Guantes de cuero	<input type="checkbox"/>
Eslinga doble con ganchos de amplia apertura	<input type="checkbox"/>	Gafas de seguridad	<input type="checkbox"/>
Eslinga de posicionamiento simple certificada	<input type="checkbox"/>	Línea de vida	<input type="checkbox"/>
Casco con barbuquejo de 3 puntos	<input type="checkbox"/>	Sistema de bloqueo para líneas de vida vertical	<input type="checkbox"/>
Mascarilla con filtro o cartuchos para químicos	<input type="checkbox"/>	Líneas de aire suplido	<input type="checkbox"/>
Equipo autocontenido (para rescate)	<input type="checkbox"/>		

VALIDACIÓN	
VALIDO DESDE:	VALIDO HASTA:
OBSERVACIONES:	

Nombre responsable	Firma	Nombre supervisor	Firma
Jerdy Venegas			

Nombre Inspector de atmósfera	Firma
Fucler Gomez	

 ARNOLD MURCIA CHARRY INGENIERO CIVIL Esp. en Diseño y Construcción de Pavimentos	PERMISO DE TRABAJO PARA ESPACIOS CONFINADOS	VERSIÓN 01
		FECHA: 25/01/2022

FECHA: 18 Mayo 22	ORDEN DE TRABAJO:	ÁREA: Tangue Belen Aurora
-------------------	-------------------	---------------------------

TRABAJADORES			
NOMBRE	CC	CARGO	FIRMA
Factor Gomez	14 296 153	ayudante	Factor Gomez

OTROS PERMISOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	
TRABAJO EN ALTURAS <input checked="" type="checkbox"/>	TRABAJO CON SUSTANCIAS QUIMICAS _____
TRABAJOS EN CALIENTE _____	IZAJE DE CARGAS _____
BLOQUEOS DE ENERGÍAS PELIGROSAS _____	

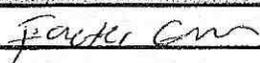
MEDICIONES ATMOSFERICAS						
(Escribir los valores registrados por el equipo de medición 3 veces)						
ÍTEM	VALOR 1	HORA	VALOR 2	HORA	VALOR 3	HORA
CONTENIDO DE OXIGENO (20.8)						
EXPLOSIVIDAD (LEL 0%)						
H2S (ACIDO SULFUHIDRICO) 0PPM						
CO (MONOXIDO DE CARBONO) 0PPM						
CALCULO CLAUDAL PARA VENTILADOR						

CONDICIONES DE SEGURIDAD	
1. ¿El espacio confinado está purgado y limpio?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. ¿Cuenta con vigía u observador en sitio?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. ¿Cuenta con sistemas de extracción de gases?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
4. ¿Cuenta con sistemas de ventilación forzada?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5. Mecanismo de comunicación:	CUERDA <input checked="" type="checkbox"/> RADIO <input type="checkbox"/> DIRECTA <input type="checkbox"/>
6. ¿El área de requiere ser delimitada con conos y cinta de seguridad?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7. Acceso para el espacio confinado	ESCALERA <input checked="" type="checkbox"/> PLATAFORMA <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>

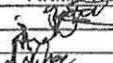
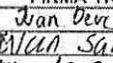
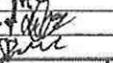
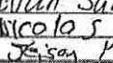
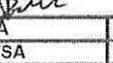
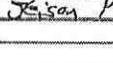
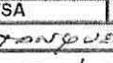
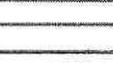
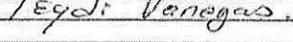
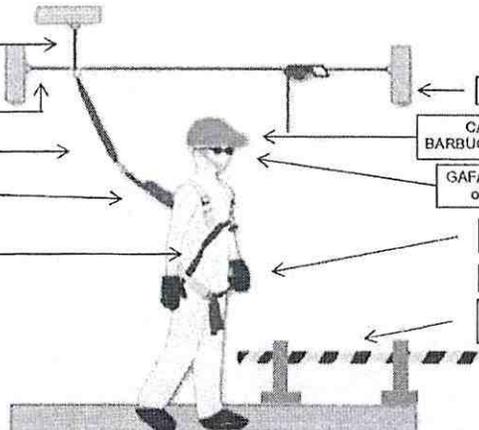
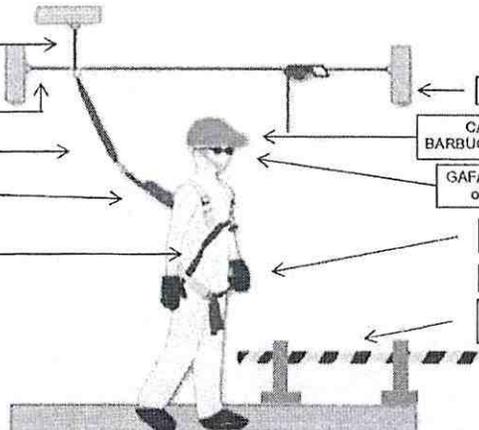
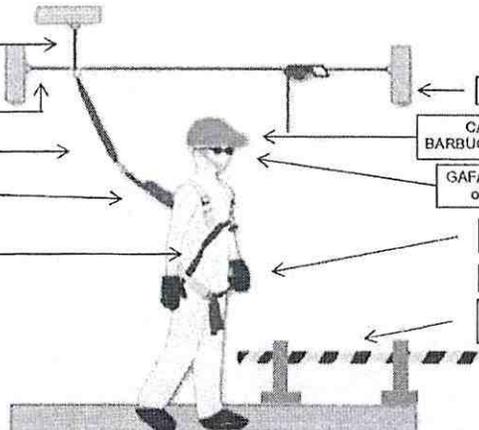
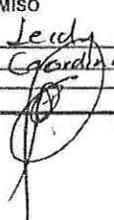
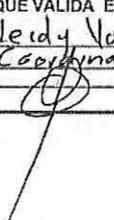
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			
Arnés de cuerpo completo	<input type="checkbox"/>	Guantes de cuero	<input type="checkbox"/>
Eslinga doble con ganchos de amplia apertura	<input type="checkbox"/>	Gafas de seguridad	<input type="checkbox"/>
Eslinga de posicionamiento simple certificada	<input type="checkbox"/>	Línea de vida	<input type="checkbox"/>
Casco con barbuquejo de 3 puntos	<input type="checkbox"/>	Sistema de bloqueo para líneas de vida vertical	<input type="checkbox"/>
Mascarilla con filtro o cartuchos para químicos	<input type="checkbox"/>	Líneas de aire suplido	<input type="checkbox"/>
Equipo autocontenido (para rescate)	<input type="checkbox"/>		

VALIDACIÓN	
VALIDO DESDE:	VALIDO HASTA:
OBSERVACIONES:	

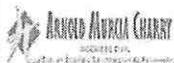
Nombre responsable	Firma	Nombre supervisor	Firma
Jedy Viegas			

Nombre inspector de atmosfera	Firma
Feder Gomez	

ciudad y Belen

	PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA	CODIGO: SST-AM VERSION: 1																																														
PROYECTO <u>Belen / Lavado de tanques CONTRATISTA</u> FECHA DE EXPEDICIÓN (dd-mm-aa): <u>18 Mayo 2022</u> Hora inicio tarea: <u>5:39 am.</u> VALIDO HASTA (dd-mm-aa): <u>18 Mayo 2022</u> Hora terminación tarea: _____																																																
NOMBRES Y APELLIDOS DE LAS PERSONAS QUE EJECUTARAN EL TRABAJO																																																
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA TRABAJADOR	N°	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA TRABAJADOR																																											
1	Jose Steven Ramirez		5	Juan David Delia																																												
2	Rodrigo Marin		6	Iran Sanchez																																												
3	Juan Carlos Mendoza		7	Nicolas Lopez																																												
4	Nicolas Chirra		8	Bibón Moreno																																												
ENCARGADO	SI <input checked="" type="checkbox"/> N.A. <input type="checkbox"/>	NOMBRE C.T.S.A. <u>Leidy Vanegas</u>	FIRMA DEL C.T.S.A. 																																													
TIPO DE TRABAJO: <u>Lavado de tanques</u>																																																
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR: <u>Instalacion Sistema de Descenso, Toma Oxigeno, Acceso del personal al tanque, traslado Herramientas, inicio Actividad. (Lavado)</u>																																																
ESTADO DE SALUD																																																
	1	2	3	4	5	6	7	8																																								
	SI No	SI No	SI No	SI No	SI No	SI No	SI No	SI No																																								
Esta en condiciones óptimas de salud para realizar el trabajo?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																								
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antigripales?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>																																								
Sufre de epilepsia, mareos o vértigo?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>																																								
Miedo a las alturas (acrofobia)?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																								
Esta entrenado en trabajo en alturas?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																								
Actualmente se encuentra afiliado a seguridad social?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																								
Otros? Cuál?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																								
EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DE SEGURIDAD																																																
<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:20%;"> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>LÍNEA DE VIDA VERTICAL</td><td>SI <input checked="" type="checkbox"/></td><td>N.A. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>ESLINGA</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 m de altura)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>ARNÉS INTEGRAL</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>CONTROL Ó SISTEMA CAÍDA DE OBJETOS</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> <td style="width:40%; text-align: center;">  </td> <td style="width:20%;"> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>ANCLAJE</td><td>SI <input checked="" type="checkbox"/></td><td>N.A. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>CASCO CON BARBUQUEJO (3 puntos)</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>GAFAS de seguridad o monogafas</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>GUANTES</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>CORDINOS</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>SEÑALIZACIÓN</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> <td style="width:20%;"></td> </tr> </table>									<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>LÍNEA DE VIDA VERTICAL</td><td>SI <input checked="" type="checkbox"/></td><td>N.A. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>ESLINGA</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 m de altura)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>ARNÉS INTEGRAL</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>CONTROL Ó SISTEMA CAÍDA DE OBJETOS</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	LÍNEA DE VIDA VERTICAL	SI <input checked="" type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>	LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ESLINGA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 m de altura)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ARNÉS INTEGRAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CONTROL Ó SISTEMA CAÍDA DE OBJETOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>ANCLAJE</td><td>SI <input checked="" type="checkbox"/></td><td>N.A. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>CASCO CON BARBUQUEJO (3 puntos)</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>GAFAS de seguridad o monogafas</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>GUANTES</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>CORDINOS</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>SEÑALIZACIÓN</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	ANCLAJE	SI <input checked="" type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>	CASCO CON BARBUQUEJO (3 puntos)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GAFAS de seguridad o monogafas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GUANTES	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CORDINOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	SEÑALIZACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>LÍNEA DE VIDA VERTICAL</td><td>SI <input checked="" type="checkbox"/></td><td>N.A. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>ESLINGA</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 m de altura)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>ARNÉS INTEGRAL</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>CONTROL Ó SISTEMA CAÍDA DE OBJETOS</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	LÍNEA DE VIDA VERTICAL	SI <input checked="" type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>	LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ESLINGA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 m de altura)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ARNÉS INTEGRAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CONTROL Ó SISTEMA CAÍDA DE OBJETOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>ANCLAJE</td><td>SI <input checked="" type="checkbox"/></td><td>N.A. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>CASCO CON BARBUQUEJO (3 puntos)</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>GAFAS de seguridad o monogafas</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>GUANTES</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>CORDINOS</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>SEÑALIZACIÓN</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	ANCLAJE	SI <input checked="" type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>	CASCO CON BARBUQUEJO (3 puntos)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GAFAS de seguridad o monogafas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GUANTES	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CORDINOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	SEÑALIZACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	SI <input checked="" type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>																																														
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																														
ESLINGA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 m de altura)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																														
ARNÉS INTEGRAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
CONTROL Ó SISTEMA CAÍDA DE OBJETOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
ANCLAJE	SI <input checked="" type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>																																														
CASCO CON BARBUQUEJO (3 puntos)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
GAFAS de seguridad o monogafas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
GUANTES	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
CORDINOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																														
SEÑALIZACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
HERRAMIENTAS, OTROS EQUIPOS: <u>Cepillos, Escobres, Baldes, Polos, Talpo de, ID, polea, Mosquetones, Ventilador, Planto elet. Reflectores</u>																																																
Se requiere de permisos adicionales? <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td>Trabajo en espacios confinados</td> <td>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> <td>Trabajo con energías peligrosas</td> <td>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Trabajos de izaje de cargas</td> <td>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> <td>Trabajos en caliente</td> <td>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>									Trabajo en espacios confinados	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Trabajo con energías peligrosas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Trabajos de izaje de cargas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Trabajos en caliente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																
Trabajo en espacios confinados	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Trabajo con energías peligrosas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																													
Trabajos de izaje de cargas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Trabajos en caliente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																													
SISTEMA DE ACCESO																																																
ESCALERA			ANDAMIOS																																													
Zapatillas de seguridad	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input checked="" type="checkbox"/>	Asegurado	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input checked="" type="checkbox"/>																																									
Peldaños y largueros en buen estado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Módulos en buen estado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																									
Inclinación (H/A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Tablones o plataformas en buen estado y asegurados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																									
OTROS? CUÁL?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>	Cuenta con rodapiés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																									
<u>Talpo de</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Superficie o base nivelada y firme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																									
				Existe distancia mínima evitando líneas energizadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																									
OBSERVACIONES: <u>MANEJO DE DESCENSO CON TALPO DE, LINEA DE VIDA, ID, MOSQUETONES, POLEA.</u>																																																
EMISOR DEL PERMISO				PERSONA QUE VALIDA EL PERMISO (SST)																																												
NOMBRE	<u>Leidy Vanegas</u>			NOMBRE	<u>Leidy Vanegas Beran</u>																																											
CARGO	<u>Coordinadora</u>			CARGO	<u>Coordinadora</u>																																											
FIRMA				FIRMA																																												

Ciudad y Belen



PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

CODIGO: SST-AM

VERSION: 1

PROYECTO TRABAJOS DE TRAMPOLIN / BELÉN CONTRATISTA

FECHA DE EXPEDICIÓN (dd-mm-aa): 18-MAYO-2022

Hora inicio tarea: 5:39

VALIDO HASTA (dd-mm-aa): 18-MAYO-2027

Hora terminación tarea:

NOMBRES Y APELLIDOS DE LAS PERSONAS QUE EJECUTARAN EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA TRABAJADOR	N°	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA TRABAJADOR
1	José Ferney Salcedo	[Firma]	5	José Gómez	[Firma]
2	Juan Antonio Lopez	[Firma]	6	María Alejandra Ramirez	[Firma]
3	Cristian Torres	[Firma]	7		
4	Jackson Castillo	[Firma]	8		

ENCARGADO SI N.A. NOMBRE CTSA Jeddy Vanegas FIRMA DEL CTSA [Firma]

TIPO DE TRABAJO: TRABAJOS DE TRAMPOLIN

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR: Instalación sistema de descenso, toma de oxígeno, acceso del personal al trampoline, traslado herramientas, inicio actividades. (Trabajo)

ESTADO DE SALUD

	1	2	3	4	5	6	7	8
Esta en condiciones óptimas de salud para realizar el trabajo?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antihipertales?	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No							
Sufre de epilepsia, mareos o vértigo?	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No							
Miedo a las alturas (acrofobia)?	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No							
Esta entrenado en trabajo en alturas?	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
Actualmente se encuentra afiliado a seguridad social?	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No							
Otros? Cuál?	<input type="checkbox"/>							

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DE SEGURIDAD

Diagram showing a worker in safety gear. Checklists on either side indicate the use of various safety equipment:

- Vertical Line:** SI, N.A.
- Horizontal Line:** SI, N.A.
- ESLINGA:** SI, N.A.
- ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO:** SI, N.A.
- ARNÉS INTEGRAL:** SI, N.A.
- CONTROL Ó SISTEMA CAÍDA DE OBJETOS:** SI, N.A.
- ANCLAJE:** SI, N.A.
- CASCO CON BARBUQUEJO (3 puntos):** SI, N.A.
- GAFAS de seguridad o monogafas:** SI, N.A.
- GUANTES:** SI, N.A.
- CORDINOS:** SI, N.A.
- SEÑALIZACIÓN:** SI, N.A.

HERRAMIENTAS, OTROS EQUIPOS: Cepillos, Escopas, Baldes, palas, Talpode, TD, polea, Masquetones, Ventilador, Planto Elect. Ventilador, Reflectores.

Se requiere de permisos adicionales? Trabajo en espacios confinados SI NO Trabajo con energías peligrosas SI NO
 Trabajos de izaje de cargas SI NO Trabajos en caliente SI NO

SISTEMA DE ACCESO

	SI	NO	N.A.		SI	NO	N.A.
ESCALERA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ANDAMIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Zapatillas de seguridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Asegurado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Peldaños y largueros en buen estado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Módulos en buen estado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Inclinación (H/4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Tablones o plataformas en buen estado y asegurados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
OTROS? CUÁL? <u>TALPODE</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuenta con rodapiés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
				Superficie o base nivelada y firme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
				Existe distancia mínima evitando líneas energizadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

OBSERVACIONES: Manejo de descenso con Talpode, línea de vida, TD, Masquetones, polea.

EMISOR DEL PERMISO PERSONA QUE VALIDA EL PERMISO (SST)

NOMBRE Jeddy Vanegas NOMBRE Jeddy Vanegas
 CARGO Coordinadora CARGO Coordinadora
 FIRMA [Firma] FIRMA [Firma]



PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

CODIGO: SST-AM
VERSION: 1

PROYECTO Tanque Interlagos CONTRATISTA Ingeniería Murga Charry
 FECHA DE EXPEDICIÓN (dd-mm-aa): 18-05-22 Hora inicio tarea: 03:00 PM
 VALIDO HASTA (dd-mm-aa): 18-05-22 Hora terminación tarea: 6:15 PM

NOMBRES Y APELLIDOS DE LAS PERSONAS QUE EJECUTARAN EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA TRABAJADOR	N°	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA TRABAJADOR
1	José Borjas	[Firma]	5	Cristian Ramirez	[Firma]
2	Anderson Bocanegra	[Firma]	6	Jackson Castillo	[Firma]
3	Juan Camilo Mancera	[Firma]	7		
4	Juan Manuel Rondon	[Firma]	8		

ENCARGADO SI N.A. NOMBRE CTSA _____ FIRMA DEL CTSA _____

TIPO DE TRABAJO: _____

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR: _____

ESTADO DE SALUD

Esta en condiciones óptimas de salud para realizar el trabajo?
 Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: anti gripales?
 Sufre de epilepsia, mareos o vértigo?
 Miedo a las alturas (acrofobia)?
 Esta entrenado en trabajo en alturas?
 Actualmente se encuentra afiliado a seguridad social?
 Otros? Cuál?

	1		2		3		4		5		6		7		8	
	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No
Esta en condiciones óptimas de salud para realizar el trabajo?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: anti gripales?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Sufre de epilepsia, mareos o vértigo?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Miedo a las alturas (acrofobia)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Esta entrenado en trabajo en alturas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Actualmente se encuentra afiliado a seguridad social?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Otros? Cuál?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DE SEGURIDAD

	SI	N.A.
LÍNEA DE VIDA VERTICAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ESLINGA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 6 m de altura)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ARNÉS INTEGRAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTROL O SISTEMA CAÍDA DE OBJETOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANCLAJE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CASCO CON BARBUQUEJO (3 puntos)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GAFAS de seguridad o monogafas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GUANTES	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CORDINOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEÑALIZACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HERRAMIENTAS, OTROS EQUIPOS: _____

Se requiere de permisos adicionales?
 Trabajo en espacios confinados SI NO
 Trabajos de izaje de cargas SI NO
 Trabajo con energías peligrosas SI NO
 Trabajos en caliente SI NO

SISTEMA DE ACCESO

	SI	NO	N.A.		SI	NO	N.A.
ESCALERA				ANDAMIOS			
Zapatos de seguridad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asegurado	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peldaños y largueros en buen estado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Módulos en buen estado	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inclinación (H/4)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tablones o plataformas en buen estado y asegurados	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTROS? CUÁL?				Cuenta con rodapiés	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Superficie o base nivelada y firme	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Existe distancia mínima evitando líneas energizadas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES

EMISOR DEL PERMISO

NOMBRE _____
 CARGO _____
 FIRMA _____

PERSONA QUE VALIDA EL PERMISO (SST)

NOMBRE _____
 CARGO _____
 FIRMA _____



PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURA

CODIGO:SST-AM

VERSION: 1

PROYECTO lavado de tanque Auroya CONTRATISTA Ing. Arnold Murcia Charry
 FECHA DE EXPEDICIÓN (dd-mm-aa): 18-05-2022 Hora inicio tarea: 7:05 am
 VALIDO HASTA (dd-mm-aa): 18-05-2022 Hora terminación tarea: 2:50 pm

NOMBRES Y APELLIDOS DE LAS PERSONAS QUE EJECUTARAN EL TRABAJO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA TRABAJADOR	N°	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA TRABAJADOR
1	Andrés P. Casero	<i>[Signature]</i>	5	Cristian Yarnier	<i>[Signature]</i>
2	José Berrios	<i>[Signature]</i>	6		
3	Juan Carlos Maldonado	<i>[Signature]</i>	7		
4	Juan Vargas	<i>[Signature]</i>	8		

ENCARGADO SI N.A. NOMBRE CTSA _____ FIRMA DEL CTSA _____

TIPO DE TRABAJO:

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR:

ESTADO DE SALUD

	1		2		3		4		5		6		7		8	
	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No
Esta en condiciones óptimas de salud para realizar el trabajo?	<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"/>
Actualmente toma medicamentos que causen sueño, ejemplo: antihipertensivos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
Sufre de epilepsia, mareos o vértigo?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
Miedo a las alturas (acrofobia)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
Esta entrenado en trabajo en alturas?	<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"/>
Actualmente se encuentra afiliado a seguridad social?	<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"/>
Otros? Cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DE SEGURIDAD

<p>LÍNEA DE VIDA VERTICAL <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> N.A.</p> <p>LÍNEA DE VIDA HORIZONTAL <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> N.A.</p> <p>ESLINGA <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N.A.</p> <p>ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO (Solo para trabajos a más de 5 m de altura) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N.A.</p> <p>ARNÉS INTEGRAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N.A.</p> <p>CONTROL O SISTEMA CAÍDA DE OBJETOS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N.A.</p>		<p>ANCLAJE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N.A.</p> <p>CASCO CON BARBUQUEJO (3 puntos) <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N.A.</p> <p>GAFAS de seguridad o monogafas <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N.A.</p> <p>GUANTES <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N.A.</p> <p>CORDINOS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N.A.</p> <p>SEÑALIZACIÓN <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N.A.</p>
--	--	--

HERRAMIENTAS, OTROS EQUIPOS: _____

Se requiere de permisos adicionales? Trabajo en espacios confinados SI NO Trabajos de izaje de cargas SI NO Trabajo con energías peligrosas SI NO Trabajos en caliente SI NO

SISTEMA DE ACCESO

<p>ESCALERA</p> <p>Zapatillas de seguridad <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N.A.</p> <p>Peldaños y largueros en buen estado <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N.A.</p> <p>Inclinación (H/4) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N.A.</p> <p>OTROS? CUÁL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N.A.</p>	<p>ANDAMIOS</p> <p>Asegurado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> N.A.</p> <p>Módulos en buen estado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> N.A.</p> <p>Tablones o plataformas en buen estado y asegurados <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> N.A.</p> <p>Cuenta con rodapiés <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> N.A.</p> <p>Superficie o base nivelada y firme <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> N.A.</p> <p>Existe distancia mínima evitando líneas energizadas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> N.A.</p>
---	--

OBSERVACIONES

EMISOR DEL PERMISO PERSONA QUE VALIDA EL PERMISO (SST)

NOMBRE _____ NOMBRE Leidy Varegas Bernal

CARGO _____ CARGO coordinadora de altura

FIRMA _____ FIRMA *[Signature]*

MEDICIONES

Carrera 3 Número 12 - 36 OFICINA 709 CENTRO COMERCIAL PASAJE REAL
I B A G U É - TOLIMA

Celular 3114566746 EMAIL: Arnoldmurcia@hotmail.com



FECHA

D 18 MES A 2022

MEDICIONES ATMOSFERICAS

HORA FIN

06:50 Am

NOMBRE QUIEN REALIZA LA MEDICION

Rodrigo Marin.

NUMERO DE TRABAJADORES

1

TANQUE

Belen - Pola.

MEDICIONES ATMOSFERICAS (escribir los valores registrados por el equipo de medicion)

ITEM mediciones adecuadas	VALOR 1	HORA	VALOR	HORA	VALOR	HORA	VALOR	HORA	VALOR	HORA
CONTENIDO DEL OXIGENO (21%)	20.9	7:00 Am	20.9	1:00pm						
CONTENIDO DEL CLOROS										

QUIEN REALIZA LA MEDICION

NOMBRE

Rodrigo Marin

FIRMA

C.C

14.010.093

 ARACID MURCIA CHERRY <small>INDUSTRIAS CIVIL PRODUCTAS S.A.S.</small> <small>CON CALIDAD Y RESPONSABILIDAD AMBIENTAL</small>		MEDICIONES ATMOSFERICAS			
FECHA	D 18	M 05	A 22	HORA INICIO ACTIVIDAD	HORA FIN
NOMBRE QUIEN REALIZA LA MEDICION			NUMERO DE TRABAJADORES	6	
				Arceza	

MEDICIONES ATMOSFERICAS (escribir los valores registrados por el equipo de medicion)						
ITEM mediciones adecuadas	VALOR 1	HORA	VALOR	HORA	VALOR	HORA
CONTENIDO DEL OXIGENO (21%)	20.9	7:55 AM				
CONTENIDO DEL CLOROS						

QUIEN REALIZA LA MEDICION	
NOMBRE	Facter Gomez
C.C	14-296153
FIRMA	
<i>Facter Gomez</i>	

038



ARNOLD MURCIA CHARRY

INGENIERO CIVIL

Esp. en Diseño y Construcción de Pavimentos

ENTREGA DE EPP

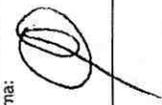
Carrera 3 Número 12 - 36 OFICINA 709 CENTRO COMERCIAL PASAJE REAL
IBAGUÉ - TOLIMA

Celular 3114566746 EMAIL: Arnoldmurcia@hotmail.com

NIT 7.700.841-7		SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		CODIGO	F-SST-06
		ENTREGA, INSPECCION Y REPOSICION DE ELEMENTOS		FECHA:	15/09/2021
		DE PROTECCION PERSONAL		VERSION	01

CIUDAD	1 Baque	DEPARTAMENTO	Tolima
PROYECTO/OBRA		FECHA	18 May 21
ENTREGA	X	INSPECCION	
		REPOSICION	

NOMBRE DEL TRABAJADOR	P. CUERPO			P. CABEZA		P. PIES		P. MANOS		P. OIDOS		P. NARIZ		P. OJOS		FIRMA
	OVEROL	CAMISA	PANTALON	CHALECO	CASCO	BARBU	BOTAS CUERO	BOTAS CAUCHO	GUANTES MAQUETA	GUANTES CARNAZA	TAPABODOS INSERCCION	TAPABODOS DE COPA	TAPABOCAS/L	FILTRO	CAFAS CLARAS	
Camilo Mancera	X				X	X							X		X	
Juan David deus	X				X	X							X		X	
Nicolas Lopez	X				X	X							X		X	
Juan Carlos Mendez	X				X	X							X		X	
Jose ferney Salcedo	X				X	X							X		X	
Anderson Balangay	X				X	X							X		X	
Gildardo Mendico	X				X	X							X		X	
Facter Gomez	X				X	X							X		X	

Profesional SST		Quien aprueba	
Nombre:	LEIDY VANEGAS BERNAL	Nombre:	Jeddy Vanegas
CC	1.111.197.226	CC	
Firma:		Firma:	

NIT 7.700.841-7

ARNOLD MURCIA CHARRY
INGENIERIA CIVIL
Esp. en Diseño y Construcción de Pavimentos

SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

F-SST-06

FECHA: 15/09/2021

VERSION 01

ENTREGA, INSPECCION Y REPOSICION DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

CIUDAD: Ibaguè

DEPARTAMENTO: Tolima

PROYECTO/OBRA: 18 Mayo 2021

ENTREGA: X

INSPECCION: X

REPOSICION: X

NOMBRE DEL TRABAJADOR	P. CUERPO			P. CABEZA		P. PIES		P. MANOS		P. OIDOS		P. NARIZ		P. OJOS		FIRMA
	OVEROL	CAMISA	PANTALON	CASCO	BARBU	BOTAS CUERO	BOTAS CAUCHO	GUANTES VAQUETA	GUANTES CARPAJA	TAPABODOS INSERCION	TAPABODOS DE COPA	TAPABOCAEL	FILTRO	GAFAS CLARAS	GAFAS OSCURAS	
Jackson M. Castillo	X	X	X	X	X	X	X					X	X	X	X	Jackson M.C.
Nicolas Chlatria	X	X	X	X	X							X	X	X	X	
Ivan Salcedo	X	X	X	X	X							X	X	X	X	
Jesson Moreno	X	X	X	X	X							X	X	X	X	
Jose Ramirez	X	X	X	X	X							X	X	X	X	
Rodrigo Marin	X	X	X	X	X							X	X	X	X	
Cristian Ramirez	X	X	X	X	X							X	X	X	X	
Jhoan Rendon	X	X	X	X	X							X	X	X	X	

Profesional SST

Nombre: LEIDY VANEGAS BERNAL

CC: 1111.197.226

Firma:

Quien aprueba

Nombre: Leidy Vanegas

CC: CC

Firma:

NIT 7.700.841-7

ARNOLD MURCIA CHERRY
INGENIERO CIVIL
 Exp. en Diseño y Construcción de Paramentos

SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CODIGO: F-SST-06

FECHA: 15/09/2021

ENTREGA, INSPECCION Y REPOSICION DE ELEMENTOS

VERSION: 01

DE PROTECCION PERSONAL

CIUDAD: Ibagó

DEPARTAMENTO: Tolima

PROYECTO/OBRA: Puado de fango. L. Amalgar. FECHA: 13/05/2022

ENTREGA: y INSPECCION: REPOSICION:

NOMBRE DEL TRABAJADOR	P. CUERPO			P. CABEZA		P. PIES		P. MANOS		P. OIDOS		P. NARIZ		P. OJOS		FIRMA	
	QUEROL	CAMISA	PANTALON	CHALECO	CASCO	BARBU	BOTAS CUERO	BOTAS CAUCHO	GUANTES YARUETA	GUANTES CARNAZA	TAPAOIDOS INSERCCION	TAPAOIDOS DE COPA	TRIPABOCASIL	FILTRO	GAFAS CLARAS		GAFAS OSCURAS
José Barrantes	X	X			X	X	X	X					X		X		José B.
Anderson Bocanegra	X	X			X	X	X	X					X		X		Anderson B.
José Camilo Martínez	X	X			X	X	X	X					X		X		José Camilo M.
Thomson Rondón	X	X			X	X	X	X					X		X		Thomson R.
Christian Ramirez	X	X			X	X	X	X					X		X		Christian R.
Jackson Castillo	X	X			X	X	X	X					X		X		Jackson M.C.

Profesional SST

Nombre: LEIDY VANEGAS BERNAL

CC: 1.111.197.226

Firma:

Quien aprueba

Nombre: Leidy Vanegas

CC: 1.111.197.226

Firma:

NIT 7.700.841-7

ARBORESCENTIA CONSULTING
 INGENIERIA CIVIL
 Esp. en Diseño y Construcción de Edificios

SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ENTREGA, INSPECCION Y REPOSICION DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

F-SST-06

CODIGO :
 FECHA: 15/09/2021
 VERSION 01

CIUDAD: **I BARRER** DEPARTAMENTO: **Tolima**

PROYECTO/OBRA: **18 05 2021** FECHA:

ENTREGA: **X** INSPECCION: REPOSICION:

NOMBRE DEL TRABAJADOR	P. CUERPO			P. CABEZA		P. PIES		P. MANOS		P. OIDOS		P. NARIZ		P. OJOS		FIRMA
	OVEROL	CHALECO	PANTALON	CASCO	BARBU	BOTAS CUERO	BOTAS CAUCHO	GUANTES VARQUETA	GUANTES CARBAZA	TAPAOIDOS DIFERENCION	TAPAOIDOS DE COPA	TAPABOCAS	FILTRO	GAFAS CLARAS	GAFAS OSCURAS	
Irene De los Angeles	X			X	X		X				X	X		X		<i>Irene</i>

Quien aprueba

Profesional SST: **LEIDY VANEGAS BERNAL** Firma: *[Signature]*

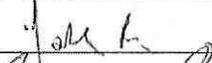
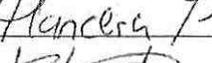
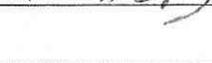
Nombre: **Ledy Vanegas** C.C: **1.111.197.226**

143

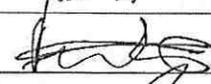
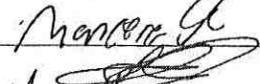
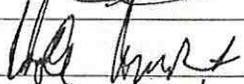
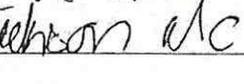
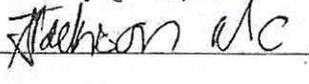
ATS

Carrera 3 Número 12 - 36 OFICINA 709 CENTRO COMERCIAL PASAJE REAL
I B A G U É - TOLIMA

Celular 3114566746 EMAIL: Arnoldmurcia@hotmail.com

ANÁLISIS SEGURO DE TRABAJO			
Empresa: <u>Aynalo morales charrin</u>		Ciudad: <u>Ibaguá</u>	
Área/Proceso: <u>lavado de tanques Aynalo</u>		Ubicación donde se realiza el trabajo: <u>Barro Aynalo</u>	
Fecha de realización del Trabajo (d/m/a): <u>18-05-2022</u>		Lugar de Trabajo: <u>Tanque 1600lt Aynalo</u>	
Hora de Inicio (a.m/p.m.): <u>7:05am</u>		Hora de Finalización (a.m/p.m.): <u>2:50 Pm</u>	
Descripción de la tarea a realizar: <u>lavado del tanques del bal.</u>			
PARÁ ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:			
TRABAJO EN ALTURA	<input checked="" type="checkbox"/>	ESPACIO CONFINADO	<input checked="" type="checkbox"/>
ENERGIA PELIGROSAS		OTRO, CUAL?	<input type="checkbox"/>
Cedula, Nombre y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)		Firma	
<u>Anderson Bucanegra</u>			
<u>Jose Barrios</u>			
<u>Juan Camilo madaa</u>			
<u>Thon Gordon</u>			
<u>Cocilia Vasquez</u>			
EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR			
Indique cada una de las herramientas a utilizar.			
EQUIPOS Y HERRAMIENTAS			
Manuales	<input checked="" type="checkbox"/>		
Eléctricas	<input checked="" type="checkbox"/>		
Neumáticas			
Hidráulicas			
Mecánicas			
Otras			
ANÁLISIS DE LA TAREA			
Se ha clasificado el espacio confinado ?			
Si se ha clasificado según los parametros que clase es?			
Es el espacio Cerrado o parcialmente cerrado?			
El espacio tiene la misma entrada y salida restringida y limitada?			
El espacio tiene atmosferas peligrosas?			
Existe en el espacio un potencial de daño, lesión o enfermedad?			
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?			
Se realizan dentro o fuera del espacio actividades que modifiquen las condiciones de seguridad para los trabajadores que ingresan?			
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?			
Se cuenta con sistemas de ventilación / Extracción?			
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor dentro del espacio confinado?			
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)			

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Consecuencias	Controles Requeridos
Inspección de área	Condiciones de seguridad (localivos-públicos), biomecánicos (posturas), psicosocial.	Dolor lumbar, lesiones de partes del cuerpo, pérdida de herramienta y/o equipo por robos, estrés.	Posturas prolongadas y forzadas, sobre esfuerzo, movimientos repetitivos, caídas a nivel o diferente nivel caída de objeto y/o material, riesgo público.
Inspección de herramientas	Condiciones de seguridad	Caídas de objetos y herramientas	Mecánico (elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)
Capacitación de seguridad y salud en el trabajo	N/A	N/A	N/A
Diligenciamiento de permisos de trabajo	N/A	N/A	N/A
Entrega de elementos de protección personal	N/A	N/A	N/A
Demarcación de área de trabajo	N/A	N/A	N/A
Instalación de equipos de ingreso al tanque	Biomecánico	Esfuerzos, movimientos repetitivos	Esfuerzos, movimientos repetitivos
Ingreso al lavado de tanque	Condiciones de seguridad	Golpes, caídas de herramientas	Mecánico (elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)
Lavado de tanque	Condiciones de seguridad, físico, biomecánico,	Golpes, caídas de herramientas, falta de iluminación, temperaturas	Mecánico (elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos, luminación (luz visible por exceso o deficiencia), movimiento repetitivo)
Orden y aseo	Biológico	Enfermedades en la piel	Hongos, bacterias
EVALUACION DEL RIESGO			
¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?			
<input checked="" type="checkbox"/> Si, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta. <input type="checkbox"/> No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.			
¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?			
<input type="checkbox"/> Si, proceda con la tarea. <input type="checkbox"/> No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.			
Nombre y Cedula de los trabajadores (Ejecutor)		Firma	
Nombre y Cedula de la persona (Emitor)		Firma	
Jedy Vanegas Bernal			

ANÁLISIS SEGURO DE TRABAJO	
Empresa: Ing Arnold Morera Charip	Cantidad: 10 horas
Area/Proceso: lavado de tanques	Utilización donde se realiza el trabajo: Tanque Intexlaken
Fecha de realización del Trabajo (dd/mm/aaaa): 18-05-2016	Lugar de Trabajo: Intexlaken
Hora de Inicio (a.m./p.m.): 4:00 am 3:15pm	Hora de Finalización (a.m./p.m.): 6:15pm
Descripción de la tarea a realizar: lavado del tanque del bal.	
PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:	
TRABAJO EN ALTURA	ESPACIO CONFINADO
ENERGIA PELIGROSAS	OTRO, CUAL?
PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:	
Cédula, Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
José Barrios	José R.
Anderson Bocanegra	
Juan Carlos Manera	
Juan Manuel Vazquez	
Coistha Vazquez	
Jackson Castillo	
EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR	
EQUIPOS Y HERRAMIENTAS	Indique cada una de las herramientas a utilizar.
Manuales <input checked="" type="checkbox"/>	
Eléctricas <input checked="" type="checkbox"/>	
Neumáticas	
Hidráulicas	
Mecánicas	
Otras	
ANÁLISIS DE LA TAREA	
Se ha clasificado el espacio confinado?	
Si se ha clasificado según los parámetros que clase es?	
Es el espacio Cerrado o parcialmente cerrado?	
El espacio tiene la misma entrada y salida restringida y limitada?	
El espacio tiene atmósferas peligrosas?	
Existe en el espacio un potencial de daño, lesión o enfermedad?	
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	
Se realizan dentro o fuera del espacio actividades que modifiquen las condiciones de seguridad para los trabajadores que ingresan?	
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?	
Se cuenta con sistemas de ventilación / Extracción?	
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor dentro del espacio confinado?	
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Consecuencias	Controles Requeridos
Inspección de área	Condiciones de seguridad (localivos-públicos), biomecánicos (posturas), psicosocial.	Dolor lumbar, lesiones de partes del cuerpo, pérdida de herramienta y/o equipo por robos, estrés.	Posturas prolongadas y forzadas, sobre esfuerzo, movimientos repetitivos, caídas a nivel o diferente nivel caída de objeto y/o material, riesgo público.
Inspección de herramientas	Condiciones de seguridad	Caídas de objetos y herramientas	Mecánico (elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)
Capacitación de seguridad y salud en el trabajo	N/A	N/A	N/A
Diligenciamiento de permisos de trabajo	N/A	N/A	N/A
Entrega de elementos de protección personal	N/A	N/A	N/A
Demarcación de área de trabajo	N/A	N/A	N/A
Instalación de equipos de Ingreso al tanque	Biomecánico	Esfuerzos, movimientos repetitivos	Esfuerzos, movimientos repetitivos
Ingreso al lavado de tanque	Condiciones de seguridad	Golpes, caídas de herramientas	Mecánico (elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)
Lavado de tanque	Condiciones de seguridad, físico, biomecánico,	Golpes, caídas de herramientas, falta de iluminación, temperaturas	Mecánico (elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos, iluminación (luz visible por exceso o deficiencia), movimiento repetitivo)
Orden y aseo	Biológico	Enfermedades en la piel	Hongos, bacterias
EVALUACION DEL RIESGO			
¿Es posible, probable o casi seguro que ocurra un incidente?			
<input type="checkbox"/> Si, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta. <input type="checkbox"/> No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.			
¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?			
<input type="checkbox"/> Si, proceda con la tarea. <input type="checkbox"/> No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.			
Nombre y Cedula de los trabajadores (Ejecutor)		Firma	
Nombre y Cedula de la persona (Emisor)		Firma	
Jeddy Vanegas Bernal			

ANÁLISIS SEGURO DE TRABAJO		
Empresa:	Ciudad: Ibagué	
Área/Proceso:	Ubicación donde se realiza el trabajo:	
Fecha de realización del Trabajo (dd/mm/aaaa):	Lugar de Trabajo:	
Hora de Inicio (a.m./p.m.): 4:00 am	Hora de Finalización (a.m./p.m.):	
Descripción de la tarea a realizar: lavado del tanques del Ibal		
PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:		
TRABAJO EN ALTURA	ESPACIO CONFINADO	CALIENTE
ENERGÍA PELIGROSAS	OTRO, CUAL?	
Cédula, Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)		Firma
38363587 Ania Paola Guerra		<i>Ania Paola</i>
93412608 Oscar Darío Arciniegas		<i>Oscar Darío</i>
1104544424 Dylan Arciniegas		<i>Dylan Arciniegas</i>
1005839250 Yair Galindo		<i>Yair Galindo</i>
1005838476 Sebastian Ovalle		<i>Sebastian Ovalle</i>
EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR		
EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		Indique cada una de las herramientas a utilizar.
Manuales		
Eléctricas		
Neumáticas		
Hidráulicas		
Mecánicas		
Otras		
ANÁLISIS DE LA TAREA		
Se ha clasificado el espacio confinado ?		
Si se ha clasificado según los parametros que clase es?		
Es el espacio Cerrado o parcialmente cerrado?		
El espacio tiene la misma entrada y salida restringida y limitada?		
El espacio tiene atmosferas peligrosas?		
Existe en el espacio un potencial de daño, lesión o enfermedad?		
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?		
Se realizan dentro o fuera del espacio actividades que modifiquen las condiciones de seguridad para los trabajadores que ingresan?		
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?		
Se cuenta con sistemas de ventilación / Extracción?		
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor dentro del espacio confinado?		
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)		

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Consecuencias	Controles Requeridos
Inspección de área	Condiciones de seguridad (locativos-públicos), biomecánicos (posturas), psicosocial.	Dolor lumbar, lesiones de partes del cuerpo, pérdida de herramienta y/o equipo por robos, estrés.	Posturas prolongadas y forzadas, sobre esfuerzo, movimientos repetitivos, caídas a nivel o diferente nivel caída de objeto y/o material, riesgo público.
Inspección de herramientas	Condiciones de seguridad	Caídas de objetos y herramientas	Mecánico (elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)
Capacitación de seguridad y salud en el trabajo	N/A	N/A	N/A
Diligenciamiento de permisos de trabajo	N/A	N/A	N/A
Entrega de elementos de protección personal	N/A	N/A	N/A
Demarcación de área de trabajo	N/A	N/A	N/A
Instalación de equipos de Ingreso al tanque	Biomecánico	Esfuerzos, movimientos repetitivos	Esfuerzos, movimientos repetitivos
Ingreso al lavado de tanque	Condiciones de seguridad	Golpes, caídas de herramientas	Mecánico (elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)
Lavado de tanque	Condiciones de seguridad, físico, biomecánico.	Golpes, caídas de herramientas, falta de iluminación, temperaturas	Mecánico (elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos, luminación (luz visible por exceso o deficiencia), movimiento repelitivo)
Orden y aseo	Biológico	Enfermedades en la piel	Hongos, bacterias

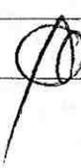
EVALUACION DEL RIESGO

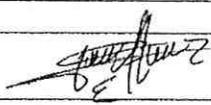
¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?

- Si, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta.
- No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.

¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?

- Si, proceda con la tarea.
- No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

Nombre y Cédula de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Nombre y Cédula de la persona (Emisor)	Firma
Leidy Vanegas	

ANÁLISIS SEGURO DE TRABAJO		
Empresa:	Ciudad: Ibagué	
Ayón/Proceso:	Ubicación donde se realiza el trabajo:	
Fecha de realización del Trabajo (d/m/a/a/a/a):	Lugar de Trabajo:	
Hora de Inicio (a.m./p.m.): 4:00 am	Hora de Finalización (a.m./p.m.):	
Descripción de la tarea a realizar: lavado del tanques del Ibat		
PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:		
TRABAJO EN ALTURA	ESPACIO CONFINADO	CALIENTE
ENERGIA PELIGROSAS	OTRO, CUAL?	
Cédula, Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	Firma	
JOSILON ANTONIO LOPEZ. CC. 1.110.524.207		
1.005.827.488 - MAYRA POLIDO P.	- MAYRA POLIDO	
1.110.534.489 - ERIKA ANDRACA SIERRA	- ERIKA SIERRA	
1.110.553.913 - MONICA ALEJANDRA ROMÍREZ	- MONICA ROMÍREZ	
1.007.384.836 - JOHAN SEBASTIÁN ROBAYO	- SEBASTIÁN ROBAYO	
65.766.624 - JACQUELINE BOLAÑOS	- JACQUELINE BOLAÑOS	
EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR		
Indique cada una de las herramientas a utilizar.		
EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		
Manuales		
Eléctricas		
Neumáticas		
Hidráulicas		
Mecánicas		
Otras		
ANÁLISIS DE LA TAREA		
Se ha clasificado el espacio confinado ?		
Si se ha clasificado según los parámetros que clase es?		
Es el espacio Cerrado o parcialmente cerrado?		
El espacio tiene la misma entrada y salida restringida y limitada?		
El espacio tiene atmósferas peligrosas?		
Existe en el espacio un potencial de daño, lesión o enfermedad?		
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?		
Se realizan dentro o fuera del espacio actividades que modifiquen las condiciones de seguridad para los trabajadores que ingresan?		
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?		
Se cuenta con sistemas de ventilación / Extracción?		
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor dentro del espacio confinado?		
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)		

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Consecuencias	Controles Requeridos
Inspección de área	Condiciones de seguridad (localivos-públicos), biomecánicos (posturas), psicosocial.	Dolor lumbar, lesiones de partes del cuerpo, perdida de herramienta y/o equipo por robos, estrés.	Posturas prolongadas y forzadas, sobre esfuerzo, movimientos repetitivos, caídas a nivel o diferente nivel caída de objeto y/o material, riesgo público.
Inspección de herramientas	Condiciones de seguridad	Caídas de objetos y herramientas	Mecánico (elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)
Capacitación de seguridad y salud en el trabajo	N/A	N/A	N/A
Diligenciamiento de permisos de trabajo	N/A	N/A	N/A
Entrega de elementos de protección personal	N/A	N/A	N/A
Demarcación de área de trabajo	N/A	N/A	N/A
Instalación de equipos de Ingreso al tanque	Biomecánico	Esfuerzos, movimientos repetitivos	Esfuerzos, movimientos repetitivos
Ingreso al lavado de tanque	Condiciones de seguridad	Golpes, caídas de herramientas	Mecánico (elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)
Lavado de tanque	Condiciones de seguridad, físico, biomecánico,	Golpes, caídas de herramientas, falta de iluminación, temperaturas	Mecánico (elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos, iluminación (luz visible por exceso o deficiencia), movimiento repetitivo)
Orden y aseo	Biológico	Enfermedades en la piel	Hongos, bacterias

EVALUACION DEL RIESGO

¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?

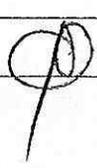
Si, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta.

No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.

¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?

Si, proceda con la tarea.

No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

Nombre y Cedula de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Nombre y Cedula de la persona (Emisor)	Firma
Lercy Monrqa	

ANÁLISIS REQUISITO DE TRABAJO		
Empresa:	Ciudad: Ibagué	
Año/Proceso:	Ubicación donde se realiza el trabajo:	
Fecha de realización del Trabajo (dd/mm/aaaa):	Lugar de Trabajo:	
Hora de Inicio (a.m./p.m.) 4:00 am	Hora de Finalización (a.m./p.m.):	
Descripción de la tarea a realizar: lavado del tanques del bal.		
PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:		
TRABAJO EN ALTURA	ESPACIO CONFINADO	CALIENTE
ENERGIA PELIGROSAS	OTRO, CUAL?	
Cédula, Nombres y Apellidos de los Trabajadores (Ejemplo)		Firma
14.236.025 - NICOLAS CHILOTRA		<i>[Signature]</i>
1.110.590.422 - JOSE E. ROMIREZ		<i>[Signature]</i>
1.110.561.788 - VIVIANA MORALES		VIVIANA MORALES
93.089.877 - JOHAN RONDON		<i>[Signature]</i>
1.110.476.666 - ELVIA PEDREROS		<i>[Signature]</i>
14.010.093 - RODRIGO MARIN		<i>[Signature]</i>
1.110.566.266 - YERSON MORENO		YERSON MORENO
1.110.565.703 - CRISTIAN ROMIREZ		<i>[Signature]</i>
EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR		
Indique cada una de las herramientas a utilizar.		
EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		
Mañijas		
Eléctricas		
Hidráulicas		
Mecánicas		
Otros		
ANÁLISIS DE LA TAREA		
Se ha clasificado el espacio confinado?		
Si se ha clasificado según los parámetros que clase es?		
Es el espacio Cerrado o parcialmente cerrado?		
El espacio tiene la misma entrada y salida restringida y limitada?		
El espacio tiene atmósferas peligrosas?		
Existe en el espacio un potencial de daño, lesión o enfermedad?		
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?		casco, guantes, gafas
Se realizan dentro o fuera del espacio actividades que modifiquen las condiciones de seguridad para los trabajadores que ingresan?		
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?		
Se cuenta con sistemas de ventilación / Extracción?		
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor dentro del espacio confinado?		
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)		

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Consecuencias	Controles Requeridos
Inspección de área	Condiciones de seguridad (ocaltivos-públicos), biomecánicos (posturas), psicosocial	Dolor lumbar, lesiones de partes del cuerpo, pérdida de herramienta y/o equipo por robos, estrés.	Posturas prolongadas y forzadas, sobre esfuerzo, movimientos repetitivos, caídas a nivel o diferente nivel caída de objeto y/o material, riesgo público.
Inspección de herramientas	Condiciones de seguridad	Caídas de objetos y herramientas	Mecánico (elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o líquidos)
Capacitación de seguridad y salud en el trabajo	N/A	N/A	N/A
Diligenciamiento de permisos de trabajo	N/A	N/A	N/A
Entrega de elementos de protección personal	N/A	N/A	N/A
Demarcación de área de trabajo	N/A	N/A	N/A
Instalación de equipos de ingreso al tanque	Biomecánico	Esfuerzos, movimientos repetitivos	Esfuerzos, movimientos repetitivos
Ingreso al lavado de tanque	Condiciones de seguridad	Golpes, caídas de herramienta	Mecánico (elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o líquidos)
Lavado de tanque	Condiciones de seguridad, físico, biomecánico,	Golpes, caídas de herramientas, falta de iluminación, temperaturas	Mecánico (elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o líquidos, iluminación (Luz visible por exceso o deficiencia), movimiento repetitivo)
Orden y aseo	Biológico	Enfermedades en la piel	Hongos, bacterias

EVALUACION DEL RIESGO

¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?

Si, deléngase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revise controles y responda la siguiente pregunta.

No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.

¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?

Si, proceda con la tarea.

No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

Nombre y Cedula de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Nombre y Cedula de la persona (Emisor)	Firma
Jeridy Vanegas	

ANÁLISIS SEGURO DE TRABAJO		
Empresa:	Ciudad: Ibaguá	
Área/Proceso:	Ubicación donde se realiza el trabajo:	
Fecha de realización del Trabajo (d/m/a/a/a/a):	Lugar de Trabajo:	
Hora de inicio (a.m./p.m.): 4:00 am	Hora de Finalización (a.m./p.m.):	
Descripción de la tarea a realizar: lavado del tanques del tibat.		
PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:		
TRABAJO EN ALTURA	ESPACIO CONFINADO	CALIENTE
ENERGÍA PELIGROSAS	OTRO, CUAL?	
Cédula, Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)		Firma
1.110.462.082 . ANDERSON BOCONERA		
1.110.590.836 . Camilo MONCERA		Camilo Moncera P
1.110.482.661 . JOAN DAVID DEUIA		Juan David Deuia
1.005.839.842 . JOAN NICOLAS LOPEZ		
1.005.814.020 . JOAN SALCEDO		JUAN ANDREY SALCEDO.
14.244.106 . JOAN CARLOS MENDOZA		
93.377.770 . JOSE SALCEDO		JOSE FERNAN Y SIMY
14.238.549 . GITDANDO MENDOZA		Gimede
EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR		
Indique cada una de las herramientas a utilizar.		
EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		
Manuales		
Eléctricas		
Neumáticas		
Hidráulicas		
Mecánicas		
Otras		
ANÁLISIS DE LA TAREA		
Se ha clasificado el espacio confinado ?		
Si se ha clasificado según los parametros que clase es?		
Es el espacio Cerrado o parcialmente cerrado?		
El espacio tiene la misma entrada y salida restringida y limitada?		
El espacio tiene atmosferas peligrosas?		
Existe en el espacio un potencial de daño, lesión o enfermedad?		
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?		
Se realizan dentro o fuera del espacio actividades que modifiquen las condiciones de seguridad para los trabajadores que ingresan?		
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?		
Se cuenta con sistemas de ventilación / Extracción?		
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor dentro del espacio confinado?		
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)		

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Consecuencias	Controles Requeridos
Inspección de área	Condiciones de seguridad (localivos-públicos), biomecánicos (posturas), psicosocial.	Dolor lumbar, lesiones de partes del cuerpo, pérdida de herramienta y/o equipo por robos, estrés.	Posturas prolongadas y forzadas, sobre esfuerzo, movimientos repetitivos, caídas a nivel o diferente nivel caída de objeto y/o material, riesgo público.
Inspección de herramientas	Condiciones de seguridad	Caídas de objetos y herramientas	Mecánico (elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)
Capacitación de seguridad y salud en el trabajo	N/A	N/A	N/A
Diligenciamiento de permisos de trabajo	N/A	N/A	N/A
Entrega de elementos de protección personal	N/A	N/A	N/A
Demarcación de área de trabajo	N/A	N/A	N/A
Instalación de equipos de Ingreso al tanque	Biomecánico	Esfuerzos, movimientos repetitivos	Esfuerzos, movimientos repetitivos
Ingreso al lavado de tanque	Condiciones de seguridad	Golpes, caídas de herramientas	Mecánico (elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)
Lavado de tanque	Condiciones de seguridad, físico, biomecánico,	Golpes, caídas de herramientas, falla de iluminación, temperaturas	Mecánico (elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos, iluminación (fuz visible por exceso o deficiencia), movimiento repetitivo)
Orden y aseo	Biológico	Enfermedades en la piel	Hongos, bacterias

EVALUACION DEL RIESGO

¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?

- Si, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta.
- No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.

¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?

- Si, proceda con la tarea.
- No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

Nombre y Cedula de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Nombre y Cedula de la persona (Emitor)	Firma
Jedy Venegas Bernal	