



## LISTA DE VERIFICACIÓN DE ANDAMIOS

Código: FOR ST 05

Fecha: 5-mar-2018

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO -  
SG SST

Versión: 01

Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

Responsable de la inspección: \_\_\_\_\_

Actividad a ejecutar: \_\_\_\_\_

Cuando se realicen actividades en Andamios, se tendrá que seguir la siguiente lista de verificación en el lugar donde se va a realizar dicho trabajo en altura:

CONDICIONES DE SEGURIDAD	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
La superficie de apoyo (el piso) es firme y plana				
El andamio está completo				
Las partes del andamio no presentan averías ni están oxidadas				
El ajuste entre secciones de andamios es perfecto				
El andamio está asegurado a una estructura				
Tiene la plataforma completa o por lo menos tres tablas				
Los tablonces de la plataforma cumplen con el espesor (5 cm) y ancho (26 cm).				
Los tablonces están en buen estado				
Los tablonces están asegurados entre si				
La luz entre tablón y tablón es la indicada (6 cm)				
Los tablonces después de los párales tienen el largo indicado (30 cm)				
Sobre la plataforma, únicamente se encuentra el material necesario para la labor.				
La altura de la estructura es la indicada según el estándar (3 secciones)				
Si la altura es superior a la permitida, se tuvo en cuenta la forma de armarlo (asegurado a una estructura)				
El andamio rodante tiene el freno en operación				
Utilizan escalera para subir y bajar				



## LISTA DE VERIFICACIÓN DE ANDAMIOS


Código: FOR ST 05

Fecha: 5-mar-2018

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO -  
SG SST

Versión: 01

Los operarios tienen los elementos de protección personal indicados para esta actividad				
Los operarios tienen el equipo anti caídas				
La línea de vida está asegurada a una estructura diferente al andamio y cumple la norma de resistencia				
La línea de vida está asegurada sobre el punto de trabajo				
Se revisó el equipo anti caídas antes de usarlo				
El área de trabajo está libre de sobrantes y señalizada				

	<b>INSPECCIÓN DE PREUSO ARNÉS</b>	Código: FOR ST 06
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - SG SST	Fecha: 5-mar-2018
		Versión: 01

ÁREA:	NOMBRE COLABORADOR:	EQUIPO: ARNÉS PARA TRABAJO EN ALTURAS													NUMERO:																							
ÍTEM	VERIFICAR	FREC.	PARÁMETRO	CÓD. ACCIÓN	DÍAS DEL MES																																	
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
<b>1. ARNÉS</b>																																						
1.1.	CORREAS	DIARIO	VERIFICAR QUE EL TEJIDO NO ESTE DEFECTUOSO, CORTADO, PERFORADO, QUEMADO O ROTO	2																																		
1.2.	COSTURAS	DIARIO	TEJIDO CONTINUO NO DEFECTUOSO Y NO DESHILACHADO	2																																		
1.3.	ARGOLLAS Y PUNTOS DE ANCLAJE PLÁSTICOS	DIARIO	SIN FISURAS, SIN GOLPES Y EN BUEN ESTADO	2																																		
1.4.	IDENTIFICACIÓN	DIARIO	VERIFICAR EL NUMERO DE LA ETIQUETA	1																																		
<b>2. ESLINGA DE ABSORCIÓN</b>																																						
2.1.	MOSQUETÓN DE ESPALDA Y CINTA DE ANCLAJE	DIARIO	SIN FISURAS, SIN GOLPES Y EN BUEN ESTADO, VERIFICAR QUE EL RESORTE DEL SEGURO TRABAJE SUAVE, ADECUADAMENTE Y QUE GARANTICE EL BLOQUEO.	2																																		
2.2.	ABSORBEDOR DE CAÍDAS	DIARIO	COSTURA SIN HILACHAS, EN BUEN ESTADO Y QUE NO HAYA SIDO ACTIVADO.	2																																		
2.3.	HEBILLAS DE GRADUACIÓN	DIARIO	SIN FISURAS, SIN GOLPES Y EN BUEN ESTADO	2																																		
2.4.	ESLINGAS	DIARIO	VERIFICAR QUE EL TEJIDO NO ESTE DEFECTUOSO, CORTADO, QUEMADO O ROTO	2																																		
2.5.	IDENTIFICACIÓN	DIARIO	VERIFICAR EL NUMERO DE LA ETIQUETA	1																																		
<b>3. ESLINGA DE POSICIONAMIENTO</b>																																						
3.1.	ESLINGA	DIARIO	VERIFICAR QUE EL TEJIDO NO ESTE DEFECTUOSO, CORTADO, QUEMADO O ROTO	2																																		
3.2.	GANCHOS DE ANCLAJE	DIARIO	VERIFICAR QUE EL RESORTE DEL SEGURO TRABAJE SUAVE, ADECUADAMENTE Y QUE GARANTICE EL BLOQUEO.	2																																		
3.3.	HEBILLA DE GRADUACIÓN	DIARIO	SIN FISURAS, SIN GOLPES Y EN BUEN ESTADO	2																																		
3.4.	IDENTIFICACIÓN	DIARIO	VERIFICAR EL NUMERO DE LA ETIQUETA	1																																		
<b>4. ANCLAJE PORTÁTIL</b>																																						
4.1.	ESLINGA	DIARIO	VERIFICAR QUE EL TEJIDO NO ESTE DEFECTUOSO, CORTADO, QUEMADO O ROTO	2																																		
4.2.	ARGOLLAS DE ANCLAJE	DIARIO	SIN FISURAS, SIN GOLPES Y EN BUEN ESTADO	2																																		
4.3.	HEBILLA DE GRADUACIÓN	DIARIO	SIN FISURAS, SIN GOLPES Y EN BUEN ESTADO	2																																		
4.4.	IDENTIFICACIÓN	DIARIO	VERIFICAR EL NUMERO DE LA ETIQUETA	1																																		
<b>5. MALETÍN PORTA EQUIPO</b>																																						
5.1.	CONDICIÓN GENERAL	DIARIO	QUE ESTE LIMPIO, EN BUEN ESTADO, SIN COSTURAS DESHILACHADAS PARA QUE SOPORTE EL PESO DEL CONJUNTO.	1																																		

<b>RECUERDE:</b> . MANTENER SU EQUIPO EN BUEN ESTADO; . INSPECCIONAR SU EQUIPO A DIARIO; . INFORMAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER DAÑO DE SU EQUIPO AL DPTO DE SISO; . DILIGENCIAR EL FORMATO DE PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS; . SU EQUIPO ES PERSONAL, ASÍ QUE ES SU RESPONSABILIDAD. <b>EN LAS INSPECCIONES, MARCAR:</b> <b>C</b> - CONFORME <b>N</b> - NO CONFORME	<b>INSPECCIÓN</b>		
	FECHA	FIRMA SALUD OCUPACIONAL	OBSERVACIONES
	CÓDIGOS DE LAS ACCIONES INMEDIATAS EN CASO DE CONDICIÓN (PRÁCTICA) / CORREGIR FUERA DE PADRÓN 2 - NO OPERAR EQUIPO		

*Si se constata alguna anomalía, detallarla en la hoja de Registro de Problemas, para que se realice la acción de corrección.*



# HOJA DE VIDA ARNES

Código: FOR ST 07

Fecha: 5-mar-2018

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - SG SST

Versión: 01

## 1. Datos del inspector:

Fecha de la revisión: \_\_\_\_\_

Revisado por: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

## 2. Datos del equipo a inspeccionar:

Modelo: \_\_\_\_\_ Número de serie: \_\_\_\_\_

Referencia: \_\_\_\_\_ Año de fabricación: \_\_\_\_\_

Fecha de compra: \_\_\_\_\_ Fecha primer uso: \_\_\_\_\_

## 3. Inspección del equipo

La revisión de este producto se debe realizar con la ficha técnica del fabricante.

Ítem	Revisión visual del estado de los elementos de seguridad	Cumplimiento		N/A	En caso de No indicar	
		Si	No		Reparar	Desechar
1	Cinta o reata (sin presencia de cortadas, desgastes; quemadas, rastros de productos químicos que la afecten o daños diversos)					
2	Costuras (hilos continuos, sin desgarres, flojos o desgastados)					
3	Argolla dorsal (sin deformaciones, desgastes, corrosiones o fracturas; marcada: con norma Ansi, marca y resistencia en relieve / norma europea cualquier tipo de marcado)					
4	Argollas laterales (sin deformaciones, desgastes, corrosiones o fracturas; marcada: con norma Ansi, marca y resistencia en relieve / norma europea cualquier tipo de marcado)					
5	Argolla frontal (sin deformaciones, desgastes, corrosiones o fracturas; marcada: con norma Ansi, marca y resistencia en relieve / norma europea cualquier tipo de marcado)					
6	Hebillas de ajuste (sin deformaciones, desgastes, corrosiones o fracturas)					
7	Soporte dorsal en X (sin fracturas o deterioro)					
8	Argollas hombros (sin deformaciones, desgastes, corrosiones o fracturas; marcada: con norma Ansi, marca y resistencia en relieve / norma europea cualquier tipo de marcado)					
9	Su vida útil está dentro de los parámetros establecidos por el fabricante.					

**Comentarios:**

Resultado de la inspección (marque con una X):

El arnés **es apto** para ser utilizado El arnés **no es apto** para ser utilizado 

Firma de quien inspeccionó: \_\_\_\_\_



# HOJA DE VIDA MOSQUETONES

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - SG SST

Código: FOR ST 08  
 Fecha: 5-mar-2018  
 Versión: 01

### 1. Datos del inspector:

Fecha de la revisión: \_\_\_\_\_

Revisado por: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

### 2. Datos del equipo a inspeccionar:

Modelo: \_\_\_\_\_ Número de serie: \_\_\_\_\_

Referencia: \_\_\_\_\_ Año de fabricación: \_\_\_\_\_

Fecha de compra: \_\_\_\_\_ Fecha primer uso: \_\_\_\_\_

### 3. Inspección del equipo

La revisión de este producto se debe realizar con la ficha técnica del fabricante

Ítem	Condiciones a revisar	Cumplimiento		N/A	En caso de <b>No</b> indicar	
		Si	No		Reparar	Desechar
1	Cuerpo (sin deformaciones, achatamientos, filos, fracturas o grietas, deterioro por contacto con sustancias químicas; no ha recibido un esfuerzo importante)					
2	Gatillo pivotante (cierra automáticamente sin dificultad y con holgura; está perfectamente alineado con la nariz del mosquetón)					
3	Pasador o ping (ajustado y en su posición)					
4	Gancho o nariz del mosquetón (completa y sin grietas)					
5	Seguro (cierra automáticamente sin dificultad; tiene doble sistema de seguridad independientes entre sí)					
6	Marcado (Datos visibles): Resistencia, nombre o logotipo del fabricante					


**Comentarios:**

Resultado de la inspección (marque con una X):

El mosquetón **es apto** para ser utilizado

El mosquetón **no es apto** para ser utilizado

Firma de quien inspeccionó: \_\_\_\_\_

	<b>HOJA DE VIDA ESLINGAS</b>	Código: FOR ST 09
		Fecha: 5-mar-2018
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - SG SST	Versión: 01

**1. Datos del inspector:**

Fecha de la revisión: \_\_\_\_\_

Revisado por: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

**2. Datos del equipo a inspeccionar:**

Modelo: \_\_\_\_\_ Número de serie: \_\_\_\_\_

Referencia: \_\_\_\_\_ Año de fabricación: \_\_\_\_\_

Fecha de compra: \_\_\_\_\_ Fecha primer uso: \_\_\_\_\_

**3. Inspección del equipo**

La revisión de este producto se debe realizar con la ficha técnica del fabricante

Ítem	Condiciones a revisar	Cumplimiento		N/A	En caso de No indicar	
		Si	No		Reparar	Desechar
1	Gancho de cada uno de sus extremos (Cuentan con doble seguro, los cuales cierran automáticamente sin dificultades y con holgura; El seguro anterior está perfectamente alineado con la nariz del gancho; su cuerpo está sin deformaciones, achatamientos, filos, desgastes, corrosiones o fracturas)					
2	Cinta o reata (sin presencia de cortadas, desgastes; quemadas, rastros de productos químicos que la afecten o daños diversos)					
3	Costuras (hilos continuos, sin desgarres, flojos o desgastados)					
4	Dispositivo para absorción de energía (no se evidencie en el absorbedor señales de activación; está recubierto por una funda de protección)					
5	Hebilla para graduación de la longitud de la eslinga (ausentes de deformaciones, desgastes, corrosiones o fracturadas)					
6	Eslinga en Nylon (sin presencia de cortadas, desgastes; quemadas, rastros de productos químicos que la afecten o daños diversos)					
7	Su vida útil está dentro de los parámetros establecidos por el fabricante.					


**Comentarios:**

Resultado de la inspección (marque con una X):

La eslinga **es apta** para ser utilizada

La eslinga **no es apta** para ser utilizada

Firma de quien inspeccionó: \_\_\_\_\_

	<b>HOJA DE VIDA ESCALERAS</b>	Código: FOR ST 10
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - SG SST	Fecha: 5-mar-2018 Versión: 01

**1. Datos del inspector:**

Fecha de la revisión: \_\_\_\_\_  
 Revisado por: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

**2. Datos del equipo a inspeccionar:**

Tipo escaleras \_\_\_\_\_ Número de serie y certificación (si lo tiene): \_\_\_\_\_  
 Referencia (si la tiene): \_\_\_\_\_ Modelo (si lo tiene): \_\_\_\_\_  
 Fecha de compra: \_\_\_\_\_

**3. Inspección del equipo**

La revisión de este producto se debe realizar con la ficha técnica del fabricante.

Ítem	Revisión visual del estado de los elementos de seguridad	Cumplimiento		N/A	En caso de No indicar	
		Si	No		Reparar	Desechar
1	Zapata antideslizantes (completas, sin desgastes; que posea un elemento antideslizante)					
2	Rieles o largueros (Sin daño por golpes, deterioro del material, desgastes, fracturas, achatamientos; derechos)					
3	Peldaños (Están completos, están unidos con firmeza a los rieles, que tengan todos los remaches; son antideslizantes, sin uniones o empalme; derechos, sin fracturas)					
4	Bisagras o cintas (Abren y cierran correctamente, ajustadas, están derechas)					
5	Tapadera (Completa, sin fracturas)					
6	Refuerzos (Anteriores y posteriores, derechos y asegurados)					
7	Bandeja (Completa, sin fracturas)					
8	Guías (Completas, ajustadas)					
9	Sistema de polea (Gira fácilmente)					
10	Cuerda para desplazar la sección móvil (Sin desgastes o deterioro)					
11	Traba peldaño (Tiene uñeta de seguridad, abril y cierran fácilmente)					
<b>Comentarios:</b>						

Resultado de la inspección (marque con una X):


Las escaleras **son aptas** para ser utilizadas

Las escaleras **no son aptas** para ser utilizadas

Firma de quien inspeccionó: \_\_\_\_\_





	<b>ANÁLISIS SEGURO DE TRABAJO AST</b>	Código: FOR ST 01
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - SG SST	Fecha: 5-mar-2018
		Versión: 01

FECHA:	TRABAJO A REALIZAR:
LUGAR:	

AST REALIZADO POR:		
NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA

**PASO A PASO DEL TRABAJO**, Describa las actividades para hacer el trabajo.

ITEM	ETAPA DEL TRABAJO	¿QUÉ PUEDE FALLAR?	PEOR CONSECUENCIA QUE PUEDA PASAR	¿CÓMO PODRÍA EVITARLO O CONTROLARLO?
1				
2				
3				
4				
5				

REALIZADO POR: \_\_\_\_\_  
NOMBRE
CARGO
FIRMA

APROBADO POR: \_\_\_\_\_  
NOMBRE
CARGO
FIRMA

	<b>PERMISO DE TRABAJO</b>	Código: FOR ST
	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG SST	Fecha: 5-mar-2018
		Versión: 01

FECHA:		LUGAR:	TRABAJO A REALIZAR:
HORA:	INICIO:		
	FIN:		

NÚMERO DE PERSONAS EN EL TRABAJO:	DURACIÓN ESTIMADA DE LA ACTIVIDAD:
-----------------------------------	------------------------------------

**INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR**

NOMBRE Y APELLIDO:	N° DE CÉDULA:
--------------------	---------------

CARGO:	EPS:	ARL:
--------	------	------

EQUIPO O HERRAMIENTA A UTILIZAR:
----------------------------------

**PERMISO DE TRABAJO**

ITEM	TIPO DE TRABAJO	SI	NO	ITEM	TIPO DE TRABAJO	SI	NO
1	AISLAMIENTO MECÁNICO			4	MATERIALES PELIGROSOS		
2	AISLAMIENTO ELÉCTRICO			5	IZAJE DE CARGAS		
3	TRABAJO EN ALTURAS			6	OTROS, ¿Cuál?		

**DATOS REQUERIDOS PARA EL PERMISO**

TRABAJO EN ALTURA	IZAJE y/o LEVANTAMIENTO DE CARGAS
-------------------	-----------------------------------

ITEM	REQUISITO	CUMPLE		ITEM	REQUISITO	CUMPLE	
		SI	NO			SI	NO
1	PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL			1	PAGO SEGURIDAD SOCIAL		
2	CONCEPTO APTITUD MEDICA			2	CERTIFICACIÓN DEL EQUIPO DE IZAJE		
3	CERTIFICADO CURSO TRABAJO ALTURA			3	CERTIFICACIÓN DE ELEMENTOS DE IZAJE		
4	AST			4	CERTIFICADO OPERADOR DE LA GRÚA		
5	EPP			5	REGISTRO DE ÚLTIMA INSPECCIÓN REALIZADA AL EQUIPO DE IZAJE		

**IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS**

PELIGRO DE LA ACTIVIDAD	PELIGRO DEL AREA DE TRABAJO

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP	BARRERAS DE CONTROL
--	---------------------

ITEM	REQUISITO	SI	NO	ITEM	REQUISITO	SI	NO
1	CASCO DE SEGURIDAD			1	REVISAR MSDS		
2	PROTECCIÓN VISUAL			2	ORDEN Y ASEO		
3	PROTECCIÓN AUDITIVA			3	AVISOS / CARTELERA / DELIMITACIÓN		
4	GUANTES			4	VÍAS CERRADAS		
5	BOTAS DE SEGURIDAD			5	ILUMINACIÓN		
6	ARNÉS DE SEGURIDAD			6	PLAN DE PREVENCIÓN EMERGENCIAS		
7	LÍNEA DE VIDA			7	DIVULGACIÓN PROCEDIMIENTO SEGURO DE TRABAJO		
8	ROPA ANTI LLAMAS / FUEGO			8	VALIDAR AST		
9	OTROS, CUALES?			9	OTROS, CUALES?		

RECOMENDACIONES ADICIONALES			
AUTORIZACIÓN DEL PERMISO			
<b>EJECUTANTE:</b> Como responsable del trabajo certifico que comprendo cabalmente el trabajo que se va a realizar, sus riesgos y las medidas adoptar, además que dispongo de los recursos necesarios para ello.			
NOMBRE Y APELLIDO:	CÉDULA:	CARGO:	FIRMA:
<b>RESPONSABLE DEL PROCESO:</b> Como responsable del proceso estoy conciente del trabajo a realizar, he verificado personalmente la actividad y las medidas de seguridad y autorizo la ejecución del trabajo.			
NOMBRE Y APELLIDO:	CÉDULA:	CARGO:	FIRMA:
<b>RESPONSABLE DEL SG SST:</b> Como responsable del SG SST de la empresa, he supervisado los procedimientos y medidas de control a implementar.			
NOMBRE Y APELLIDO:	CÉDULA:	CARGO:	FIRMA:
CIERRE DEL PERMISO			
FECHA:		HORA:	
EJECUTANTE:	CÉDULA:	CARGO:	FIRMA:
RESPONSABLE DEL PROCESO:	CÉDULA:	CARGO:	FIRMA:
RESPONSABLE DEL SG SST:	CÉDULA:	CARGO:	FIRMA:
¿SE PRESENTÓ ALGÚN INCIDENTE, ACCIDENTE O PRODUCTO NO CONFORME DURANTE LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES AMPARADAS POR ESTE PERMISO DE TRABAJO?			SI
			NO
OBSERVACIONES			

**NOTA:** TODO permiso DEBE contar con su respectivo AST, charlas de divulgación del AST.



**LISTA DE VERIFICACIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS**

Código: FOR ST 03

Fecha: 5-mar-2018

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - SG SST

Versión: 01

ÁREA:		NOMBRE DEL OPERARIO:		Cuando se realicen actividades en alturas superiores a 1.50 metros y a una distancia de 3 metros de la orilla, se tendrá que seguir la siguiente lista de verificación en el lugar donde se va a realizar dicho trabajo.																																	
ÍTEM	VERIFICAR	DÍAS DEL MES																																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					
<b>Condiciones Ambientales</b>																																					
1	Se ha verificado que esta actividad pueda ser realizada de forma diferente, en condiciones más seguras?																																				
2	¿Se ha verificado que no esté lloviendo y que la superficie del trabajo en altura está seca?, si se presenta lluvia, suspender de inmediato la actividad.																																				
3	¿Se ha verificado que no haya tormenta eléctrica (rayos)?, si se presentan rayos o truenos, suspender de inmediato la actividad.																																				
4	¿Se han consultado otros permisos y se cumple con los requerimientos de éstos en caso de trabajar con riesgo eléctrico?																																				
<b>Condiciones Personales</b>																																					
5	¿La persona que realizará el trabajo se encuentra en estado de salud y condiciones físicas aptas?																																				
6	¿Se ha verificado que la persona que realizará el trabajo no ha ingerido licor o sustancias psicoactivas en las últimas 24 horas?																																				
7	¿Se ha verificado que la persona que realizará el trabajo no sufre de vértigo o miedo a las alturas?																																				
8	¿La persona encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir en la realización de la tarea por parte del emisor del permiso?																																				
9	¿La persona encargada de ejecutar la labor está certificada para la realización de trabajos en alturas?																																				
10	¿La persona pesa menos de 85 Kilos?																																				
<b>Brigadistas</b>																																					
11	¿Se requiere de una persona de apoyo que esté atento con las condiciones?																																				
<b>Verificación de equipos de protección personal</b>																																					
12	¿El trabajador cuenta con los equipos requeridos para la ejecución del trabajo?																																				
13	¿Se ha realizado una inspección previa a los Equipos de Protección Personal y cumplen con las especificaciones técnicas?																																				
14	¿Se ha verificado las hojas de vida de todos los equipos de altura, para constatar que no haya notas que indiquen que no es apto para su uso?																																				
<b>Sistema de Aseguramiento</b>																																					
15	¿Los anclajes están fijos a un elemento de la estructura del edificio o de la estructura?																																				
16	¿El andaje es utilizado sólo para una persona?																																				
17	¿La persona realiza el ascenso asegurado desde el piso?																																				
18	¿En la estructura el punto de anclaje se realiza con cintas tubulares o cuerdas?																																				
<b>Control de Caídas</b>																																					
19	¿Para subir o bajar los elementos de trabajo se hace uso de un portaherramientas o Manilla?																																				
<b>Delimitación o señalización</b>																																					
20	¿Se ha verificado que la zona donde se va a realizar el trabajo se encuentra delimitada o señalizada; para esto se debe utilizar cinta reflectiva en un radio de 3 metros y a 1 metro del piso?																																				
<b>RECUERDE:</b> . MANTENER SU ESCALERA EN BUEN ESTADO; . INSPECCIONAR LA ESCALERA A DIARIO; . INFORMAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER DAÑO A LA ESCALERA		<b>EN LAS INSPECCIONES MARCAR:</b> ● - SI ○ - NO    ▲ - NA		OBSERVACIONES																																	
Nombre de quien revisa: _____																																					



### LISTA DE VERIFICACIÓN PARA ESCALERAS MANUALES Y DE EXTENSIÓN

Código: FOR ST 04

Fecha: 5-mar-2018

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - SG SST

Versión: 01

ÁREA:	NOMBRE DEL OPERARIO:	LUGAR DE LA TAREA:	LIDER DEL PROCESO:
-------	----------------------	--------------------	--------------------

ÍTEM	MES:	PROGRAMACIÓN (DÍAS)																															
	VERIFICAR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	<b>USO DE ESCALERAS MANUALES Y DE EXTENSIÓN</b>																																
1	¿ Antes de utilizar la escalera se verifica que los largueros y peldaños estén completos, libres de averías, desajustes , amarres provisionales con alambre, clavos o grapas y que la madera no presente grietas, pintura, nudos o signos de deterioro?																																
2	¿Se selecciona el tipo de escalera si es de uno a más cuerpos de acuerdo a la exigencia de la tarea a realizar?																																
3	¿Verifica que las escaleras de aluminio no presenten corrosión, oxidación o aplastamiento?																																
4	¿Si la escalera es de extensión se verifica la sujeción firme al otro cuerpo a la escalera con los ganchos de fijación?																																
5	¿Se Verifica que la escalera cuente con zapatas antiderrapantes?																																
6	¿Al trabajar cerca de líneas eléctricas aéreas, se utiliza siempre escaleras de madera o dieléctricas y se respeta la distancia de seguridad mínima de 3 metros?																																
7	¿Se lleva la escalera con peso repartido en balanza sobre el hombro, con la parte delantera inclinada hacia el piso?																																
8	¿Se observa el entorno al girar para cambiar de dirección?																																
9	¿Se inspecciona el sitio donde se instalará la escalera analizando los posibles riesgos en el sitio? Ubique la escalera sobre superficies secas, planas, regulares y firmes.																																
10	¿Se asegura la escalera en su parte superior con un lazo o manila para evitar su desplazamiento? De no ser posible se debe contar con una persona que sostenga la base de la escalera mientras realiza el trabajo en alturas.																																
11	¿Si la altura supera los 1.50 cm se utiliza el equipo para trabajo en alturas?																																
12	¿Al subir o bajar de la escalera se hace siempre de frente a ella, sujetándose de los largueros, llevando sus manos libres para asegurar su agarre y equilibrio? Desplácese peldaño por peldaño.																																
13	¿Se evita utilizar los tramos de prolongación de las escaleras de dos cuerpos de manera independiente?																																
14	¿Una vez alcanzada la altura para realizar el trabajo, se permanece con los dos pies sobre el mismo peldaño, evitando desplazamientos del cuerpo fuera de la vertical de la escalera?																																
15	¿Se verifica que sólo una persona este utilizando la escalera?																																
16	¿Al descender de la escalera se garantiza que los trabajadores no salten de los escalones?																																
17	¿Se Almacena la escalera en un sitio libre de pinturas, grasas, humedad, lluvia o cualquier material que pueda deteriorar su estado?																																
18	¿Se asegura la escalera con una manila cuando es transportada?																																
19	¿ Se evita golpear o dejar caer la escalera?																																
<b>RECUERDE:</b> . MANTENER SU ESCALERA EN BUEN ESTADO; . INSPECCIONAR LA ESCALERA A DIARIO; . INFORMAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER DAÑO A LA ESCALERA		<b>OBSERVACIONES</b>																															
<b>EN LAS INSPECCIONES MARCAR:</b> ● - SI X - NO    ▲ - NA		Nombre de quien revisa: _____																															