

1. IDENTIFICACIÓN DEL PERSONAL DE QUE REALIZA LA INSPECCION

NOMBRE Y APELLIDO			NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		
LUGAR DE TRABAJO			UBICACIÓN		EMPRESA
TIPO DE ACTIVIDAD	PISO		ALTURAS	ESP. CONFINADOS	TRABAJO ELÉCTRICO
FECHA DILIGENCIAMIENTO			FECHA DE INICIO DE LA ACTIVIDAD		HORA DE INICIO
			FECHA FINAL DE LA ACTIVIDAD		HORA FINAL

2. MOMENTO DE SEGURIDAD

CHARLA DE SEGURIDAD	SÍ	MODALIDAD	PRESENCIAL	VIDEOLLAMADA	
	NO		VIRTUAL	TELEFÓNICA	
SOCIALIZACIÓN DE PELIGROS (AR-PROCEDIMIENTOS)	SÍ	OBSERVACIONES:			
	NO				

3. INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE EPP.

Marque X en los criterios correspondientes a la validación de los EPP O EPCC según su estado,

ÍTEM	ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL				
		Buen estado	Mal estado	NA	OBSERVACION
1	Casco de seguridad				
2	Botas de seguridad				
3	Guantes de protección				
4	Monogafas				
5	Protección auditiva				
6	Ropa de trabajo				
7	Protección respiratoria				

4. INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE HERRAMIENTAS Y EQUIPOS

Marque SI-NO-NA en los criterios correspondientes a la validación de las Herramientas y Equipos según su estado,

ÍTEM	HERRAMIENTAS Y EQUIPOS				
		SI	NO	NA	OBSERVACION
1	El taladro se encuentra en optimas condiciones?				
2	La ponchadora se encuentra en optimas condiciones?				
3	El bistorí se encuentra en optimas condiciones?				
4	Las llaves fijas se encuentra en optimas condiciones?				
5	El cortafrio se encuentra en optimas condiciones?				
6	El computador se encuentra en optimas condiciones?				
7	Los cables se encuentra en optimas condiciones?				
8	OTROS:				

SkyNet de Colombia S.A.S. E.S.P.

Sistema Corporativo de Gestión

Formato Preoperacional O&M



Versión: 0

Aprobó: Lider HSE

Pág. 1/1

ÍTEM	BOTIQUÍN DE PRIMEROS AUXILIOS, EXTINTOR Y VEHÍCULO				
		SI	NO	NA	OBSERVACION
9	¿Los elementos del botiquín estan vigentes?				
10	¿Se han utilizado los elementos del botiquín?				
11	¿El botiquín cumple con los requisitos para la actividad?				
12	¿El botiquín y sus elementos estan en buen estado?				
13	¿La camilla se encuentra en buen estado?				
14	¿Se cuenta con extintor en el sitio de trabajo?				
15	¿El extintor se encuentra recargado?				
16	¿El extintor se encuentra en buen estado?				
17	¿Se cuenta con vehículo para la actividad?				
18	¿El vehículo cumple con los documentos (SOAT, técnicomecánica,				
19	¿El vehículo se encuentra en buenas condiciones (cinturón de seguridad,				

Observaciones

5. PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD COVID-19

DESCRIPCIÓN

1. ¿Conoce el protocolo de bioseguridad establecido por SKYNET, del cliente o del contratista?
2. ¿Se le ha capacitado en el lavado de manos, uso del tapabocas, distanciamiento social y otras medidas de prevención para el COVID-19?
3. ¿Presenta síntomas asociados con el Covid-19 (tos, fiebre, malestar general, congestión nasal, entr otros) ?
4. ¿Estuvo en contacto con personas confirmadas o sospechosas de tener Covid-19?

6. INICIO DE ACTIVIDAD

En caso de responder " NO " en alguna de las siguientes preguntas, por favor justifique su respuesta y comuníquese con su jefe inmedito.

¿Considera que está listo para iniciar con la actividad?	SÍ	NO	¿Por qué?
¿Cuenta con todos los equipos de protección, herramientas y EPP necesarios?	SÍ	NO	¿Por qué?
¿Se resolvieron todas las dudas acerca de la actividad?	SÍ	NO	¿Por qué?
¿Recibio la correcta charla de seguridad preoperacional?	SÍ	NO	¿Por qué?

FIRMA DE VALIDACIÓN DIARIA

Nombre y apellido:	FIRMA
--------------------	-------