



ORDEN DE TRABAJO PUERTO DRUMMOND

CODIGO: GCM-FO-04

VERSION: 01

VIGENCIA: 20/10/2022

ROTACION "R"

CAMBIO DE ORING "CO"

FECHA

ORDEN No.

CAMBIO DE LLANTA "CLL"

CAMBIO DE RIN "CR"

No. EQUIPO

CLASE EQUIPO

GIRO "G"

REPARACION "REP"

HR

DESMONTAJE "DES"

HR INICIO

HR FINAL

EQUIPO OPERATIVO

SI

NO

MONTAJE "MON"


POS	PRESION		LABOR	SERIE	MARCA	GAMA	DIMENSION	RTD		DESTINO	SINTOMAS
	ENT	SAL						IN	EXT		

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO	PARTES UTILIZADAS DURANTE LA REPARACIÓN		
	DESCRIPCIÓN	PEOPLE SOFT	CANTIDAD

REPRESENTANTE KAL TIRE

REPRESENTANTE DRUMMOND

<div>KAL TIRE</div>		ANÁLISIS SEGURO DE TRABAJO (PUERTO DRUMMOND)						CÓDIGO: GOP-FO-22	
								VERSIÓN: 01	
								VIGENCIA: 31/08/2022	
DESCRIPCIÓN DE LA TAREA:									
LUGAR:				DEPARTAMENTO:		SECCIÓN:		GRUPO:	
SUPERVISOR:				FECHA: / /		HORA: Desde: : Hasta: :			
ANÁLISIS DE LA TAREA Y POSTERIOR A LA TAREA									
EPP REQUERIDOS DURANTE LA TAREA			ACTIVIDADES DE LA TAREA				ACTIVIDADES POSTERIORES		
<input type="checkbox"/> Cascos	<input type="checkbox"/> Mascaras	<input type="checkbox"/> Facial	1		5		1		5
<input type="checkbox"/> Gafas	<input type="checkbox"/> Guantes	<input type="checkbox"/> Manga Larga	2		6		2		6
<input type="checkbox"/> Auditivo	<input type="checkbox"/> Botas	<input type="checkbox"/> Overall	3		7		3		7
<input type="checkbox"/> Chalecos	<input type="checkbox"/> Arnese	<input type="checkbox"/> Peto	4		8		4		8
PELIGROS		RIESGOS		CONTROLES DE LA TAREA			CONTROLES POSTERIORES		
Biomecánico	Sobre esfuerzo	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Posturas Inadecuadas	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Movimientos Forzosos	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Movimientos Repetitivos	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
Mecánico	Golpes	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Atrapamientos	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Proyección de Partículas	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Aplastamiento	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Cortadas y Heridas	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
Eléctrico	Caída de Objetos	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Electrocución	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
Físicos	Arco Eléctrico	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Quemaduras	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Exposición a Frio / Calor	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Radiación Ionizante/No Ioniz	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Encandilamiento / Oscuridad	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Ruido	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Vibración	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
Químicos	Alta Presión	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Quemaduras	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Intoxicación / Alergias	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
Locativos	Gases/Humos/Polvo/Vapores	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Superficies no Uniformes	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Tropezos	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
Fuego	Caídas del mismo u otro Nivel	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Quemaduras	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
Transporte	Picaduras y mordeduras	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Choques y Colisiones	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
Otros	Volcamientos	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
PARTICIPANTES									
#	Nombre	Cargo	Firma	#	Nombre	Cargo	Firma	FIRMA DEL SUPERVISOR	
1				5				Inicial	
2				6					
3				7					
4				8				Final	

		ANÁLISIS SEGURO DE TRABAJO (PUERTO DRUMMOND)						CÓDIGO: GOP-FO-22	
								VERSIÓN: 01	
								VIGENCIA: 31/08/2022	
DESCRIPCIÓN DE LA TAREA:									
LUGAR:				DEPARTAMENTO:		SECCIÓN:		GRUPO:	
SUPERVISOR:				FECHA: / /		HORA: Desde: :		Hasta: :	
						HORA REVISIÓN:			
ANÁLISIS PREVIO A LA TAREA									
EPP REQUERIDOS EN LA PREPARACIÓN				ACTIVIDADES PRELIMINARES			ACTIVIDADES EN EL ENTORNO Y SIMULTANEAS		
<input type="checkbox"/> Cascos	<input type="checkbox"/> Mascaras	<input type="checkbox"/> Facial	1		5		1		5
<input type="checkbox"/> Gafas	<input type="checkbox"/> Guantes	<input type="checkbox"/> Manga Larga	2		6		2		6
<input type="checkbox"/> Auditivo	<input type="checkbox"/> Botas	<input type="checkbox"/> Overall	3		7		3		7
<input type="checkbox"/> Chalecos	<input type="checkbox"/> Arnese	<input type="checkbox"/> Peto	4		8		4		8
PELIGROS		RIESGOS		CONTROLES PRELIMINARES			CONTROLES EN EL ENTORNO Y SIMULTANEAS		
Biomecánico	Sobre esfuerzo	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Posturas Inadecuadas	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Movimientos Forzosos	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Movimientos Repetitivos	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
Mecánico	Golpes	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Atrapamientos	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Proyección de Partículas	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Aplastamiento	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Cortadas y Heridas	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Caída de Objetos	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
Eléctrico	Electrocución	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Arco Eléctrico	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Quemaduras	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
Físicos	Exposición a Frio / Calor	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Radiación Ionizante/No Ioniz	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Encandilamiento / Oscuridad	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Ruido	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Vibración	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Alta Presión	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
Químicos	Quemaduras	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Intoxicación / Alergias	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Gases/Humos/Polvo/Vapores	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
Locativos	Superficies no Uniformes	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Tropiezo	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Caídas del mismo u otro Nivel	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
Fuego	Quemaduras	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
Biológico	Picaduras y mordeduras	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
Transporte	Choques y Colisiones	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
	Volcamientos	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
Otros		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
PARTICIPANTES									
#	Nombre	Cargo	Firma	#	Nombre	Cargo	Firma	FIRMA DEL SUPERVISOR	
1				5				Inicial	
2				6					
3				7					
4				8				Final	



**NO RETIRAR ESTA
TARJETA**

FECHA _____ HORA _____

Riesgos

Trabajo a Ejecutar

Responsables _____

Grupo _____

Supervisor _____

KALTIRE

PELIGRO

**NO
OPERAR
ESTE
EQUIPO**

VER RESPALDO (SEE OTHER SIDE)