



**GERENCIAMIENTO DE VIAJES
TRANSPORTE DE PASAJEROS**

CODIGO COL- HSEQ-FT-016
EMISIÓN 15-07-2015
VIGENCIA 18-05-2020
VERSIÓN 2
PÁGINA 1 de 1

Lugar del gerenciamiento _____ Fecha _____ Hora _____ am _____ pm

Nombre del Conductor: _____

Documento de identificación: _____ Licencia de conducción Vigente? SI NO

No. Licencia de conducción _____ Categoría B1 B2 B3 C1 C2 C3

Tipo de Vehículo Camioneta Buseta Bus Servicio del vehículo Particular Publico

- ¿La categoría de la licencia de conducción corresponde con el tipo de servicio del vehículo a conducir? SI NO
- ¿Tiene toda la documentación requerida y vigente para la realización del viaje? SI NO
- ¿Cumple con el plan de capacitación organizacional y este esta vigente? SI NO
- ¿La condición de salud actual le permite desarrollar el viaje con seguridad? SI NO
- ¿Conoce las condiciones de la ruta por la que debe transitar? SI NO
- ¿Las condiciones de seguridad física, el clima y el estado de la vía fueron validados por centro de control? SI NO
- ¿El resultado de la prueba de alcoholimetría es **NEGATIVA**? SI NO
- ¿Después de realizar la inspección pre operacional encuentra que el vehículo esta en optimas condiciones? SI NO
- ¿Cuenta con un sistema de comunicación mediante el cual pueda generar llamadas? SI NO
- ¿El pernocto se dio en el origen del viaje? SI NO
- ¿Mi desplazamiento se desarrollará en horario permitido por la compañía? SI NO

Tiempo de descanso y dormida durante los últimos dos días

	Hora Inicio de labor	Hora fin de labor	Horas total trabajadas	Tiempo total dormido	Siente que durmió bien en las ultimas dos noches
Ayer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Antier	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Horas total trabajas en los dos días			<input type="text"/>	Horas Total dormidas en los dos días	
¿El tiempo trabajado es menor a 32 horas durante los dos día?			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿El tiempo total dormido es mayor a 16 horas durante los dos días?	
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

¿El conductor es consiente que el desplazamiento a realizar se da bajo las medidas de seguridad pertinentes, sin presión alguna para el cumplimiento del mismo y es para cumplir un objetivo organizacional? SI NO

Si en alguno de los ítem evaluados su respuesta fue negativa, este viaje no se debe realizar.

Condiciones de salud a evaluar ante de iniciar el viaje

- ¿El conductor está consumiendo algún medicamento que afecte los sentidos? SI NO
- ¿El conductor presenta algún trastorno de ansiedad? Depresión? SI NO
- ¿El conductor presenta algún trastorno neurológico (mareo, vértigo)? SI NO
- ¿El conductor presenta trastornos visuales (Visión borrosa, dificultad para ver bien) SI NO

Si en alguno de los ítem evaluados anteriormente su respuesta fue positiva, este viaje no se debe realizar.

En constancia de que toda la información suministrada es veraz y que no se ha omitido información, el conductor se compromete con la realización segura de este desplazamiento

EMPRESA: _____	EMPRESA: _____
Datos del conductor que realizara el desplazamiento	Datos de quien valida las condiciones pre viaje:
Nombre _____	Nombre _____
Identificación _____	Identificación _____
_____	_____
Firma del conductor	Firma quién Valida