

## PLAN DE IZAJE CRÍTICO

Contratista _____	Sitio de maniobra _____
Descripción de la maniobra _____	Grúa afectada _____
Responsable de la maniobra _____	Fecha _____

POSICION INICIAL			POSICION FINAL		
Radio inicial		Mts.	Radio final		Mts.
Angulo Inicial		Grados	Angulo final		Grados
Longitud pluma inicial		Mts.	Longitud final de la pluma		Mts.
Capacidad grúa		Ton.	Capacidad grúa		Ton.

CARGA			GRUA		
Peso de la carga		Ton.	Carga neta		Ton.
Peso de accesorios		Ton.	Capacidad grúa		Ton.
Carga neta		Ton.	Carga neta /Capacidad grúa		%

Nota: Algunas grúas tienen capacidad diferente al frente y en 360°, favor de verificar.

PLUMIN		
Capacidad de izaje del cabrestante auxiliar		Ton.
La capacidad nominal del plumin en la tabla es de		Ton.

CABRESTANTE PRINCIPAL			
Diámetro del cable		pulg./mm	Número de vueltas
Capacidad de izaje basada en el numero de vueltas			Ton.

APAREJOS					
Tipo de Eslingas		Vto. Certificación:			
Tipo de enganche	<input type="checkbox"/> Vertical <input type="checkbox"/> Cesta <input type="checkbox"/> Ahorcado <input type="checkbox"/> Casada	Angulo de las eslingas	<input type="checkbox"/> 90° <input type="checkbox"/> 45° <input type="checkbox"/> 60° <input type="checkbox"/> 30°		
Número de eslingas		Diámetro		Capacidad de carga	Ton.
Capacidad nominal del ensamblaje de las eslingas					Ton. c/u
Cantidad de grilletes		Capacidad nominal de los grilletes			Ton. c/u
Capacidad de la percha o viga separadora		Ton.	Vto. Certificación		
Tipo de aparejos adicionales					Ton.

## PLAN DE IZAJE CRÍTICO

UBICACION DE LA GRÚA		
¿Esta la grúa sobre una superficie sólida y plana?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Hay peligros por alto voltaje o electricidad?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Hay algún obstáculo u obstrucción para el izaje o el giro?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Hay alguna línea enterrada bajo la grúa?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

SEÑALIZACIÓN		
¿El señalero es visible para el operador?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Se requiere mas de un señalero?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Se requiere el uso de radio para comunicación?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

### OBSERVACIONES

\_\_\_\_\_  
Firma del operador

\_\_\_\_\_  
Firma del supervisor