ESTRUCTURAS Y ACABADOS
NIT 900885125-4

FORMATO

PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Fecha y hora de expedicion (inicio de la actividad)	AÑO	2021	DIA:	21	MES:	06	HORA:	7:00AM	TRABAJO RUTINARIO:	X
fecha y hora de finalizacion	AÑO	2021	DIA:	26	MES:	06	HORA:	12:00 PM	TRABAJO OCASIONAL:	

1. DATOS PERSONALES		2. TIPO DE PERMISO		ALTURA APROXI. DE LA ACTIVIDAD (MTS)
NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	ABIERTO	CERRADO	
1 Osnaider Machuca	1026561462	✓	✓	2mts, 3mts
2 Julio Torres	73541605	✓	✓	3mts, piso
3				
4				
5				
6				

Sitio donde se ejecutara la tares	
Descripción de la actividad o tarea:	Maquillaje - Resane.
Describa el sistema de anclaje, ascenso y descenso:	Andamio.
Describa las herramientas o equipos adicionales a utilizar:	Palustre, Maceta, Puntero, Pulidora

3. EPP Y EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (seleccione con una X los necesarios para la actividad)

EPP Y EPCC		OBSERVACIONES
ARNES	✓	
LINEA DE VIDA	✓	
ESLINGA	✓	
OVEROL	✓	
CASCO	✓	
GUANTES	✓	
PROTECCION RESPIRATORIA	✓	
PROTECTORES AUDITIVOS	✓	
GAFAS PROTECTORAS	✓	

3. ITEM A EVALUAR	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
El personal se encuentra afiliado a la seguridad social (EPS, AFP y ARL)	✓			
Se cuenta con el concepto de aptitud para trabajos en alturas vigente (según evaluación médica, certificación de capacitación para trabajo en alturas)	✓			
Los puntos de anclaje establecidos cumplen con la resistencia de 5000lb por persona asegurada	✓			
Se cuenta con sistema de prevención contra caídas como plataformas protegidas perimetralmente.	✓			
Se cuenta con sistemas de acceso para trabajos en alturas como andamios, escaleras y que cumplan con las normas de calidad y seguridad.	✓			
Se cuenta con estándar de seguridad para trabajos en alturas en la actividad que se está ejecutando.	✓			
Si están realizando trabajos en alturas con otras tareas de alto riesgo como espacios confinados, trabajos en caliente y energias peligrosas, se cuenta con los permisos y listas de verificación respectivas.			✓	
Se cuenta con brigada de emergencias y plan de rescate para trabajo en alturas.	✓			
Se ha aplicado la lista de verificación para trabajos en alturas anexa a este permiso y que se aplicará diariamente.	✓			

Nota: Confirmo que la zona a sido revisada y todas las medidas de seguridad tomadas y autorizo el permiso. si durante la realizacion del trabajo se quebrantan las condiciones de seguridad del equipo de proteccion personal o de la lista de verificacion, el permiso carecerá de validez y el operario debera solicitar uno nuevo. sera responsabilidad del trabajador notificar al empleador o a su representante cualquier circunstancia que desmejore las condiciones. ESTE PERMISO ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE Y SE SUSPENDE EL TRABAJO SI NO SE CUMPLE CON LA LISTA DE VERIFICACION APLICADA DIARIAMENTE PARA ESTOS TRABAJOS.

1 Osnaider Machuca
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

2 Julio Torres
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

3
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

4
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

5
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

6
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

Jefe SA
VB JEFE INMEDIATO O ENCARGADO

Luz Yamy Rodriguez
VB GESTOR SST

RENOVACIÓN DEL PERMISO

FECHA DE RENOVACIÓN	HORA INICIO	HORA FIN	FIRMA TRABAJADORES	FIRMA EMISOR	OBSERVACIONES
21-06-21	7:00 AM.	5:00 PM.	1 Osnaider 2 x Julio 3 4 5 6		
22-06-21	7:00 AM.	5:00 PM.	1 Osnaider 2 Julio 3 4 5 6		
23-06-21	7:00 AM.	5:00 PM.	1 Osnaider 2 x Julio 3 4 5 6		
24-06-21	7:00 AM.	5:00 PM.	1 Osnaider 2 Julio 3 4 5 6		
25-06-21	7:00 AM.	5:00 PM.	1 Osnaider 2 x Julio 3 4 5 6		
26-06-21	7:00 AM.	12:00 PM	1 Osnaider 2 x Julio 3 4 5 6		

NOTA: Si requiere adicionar hojas para evidenciar el control adjuntelas a este permiso

LUR S.A.S
ESTRUCTURAS Y ACABADOS
NIT 900885125-4

FORMATO

PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Fecha y hora de expedicion (inicio de la actividad)	AÑO	2021	DIA:	21	MES:	06	HORA:	7:00AM	TRABAJO RUTINARIO:	X
fecha y hora de finalizacion	AÑO	2021	DIA:	26	MES:	06	HORA:	12:00PM	TRABAJO OCASIONAL:	

1. DATOS PERSONALES		2. TIPO DE PERMISO		ALTURA APROXI. DE LA ACTIVIDAD (MTS)
NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	ABIERTO	CERRADO	
1 Luis Martinez	1085038018	✓	✓	Piso
2 Yonis Bustamante	85270286	✓	✓	Piso
3				
4				
5				
6				

Sitio donde se ejecutara la tares	Cubierta
Descripción de la actividad o tarea:	Resane- Maquillaje.
Describa el sistema de anclaje, ascenso y descenso:	
Describa las herramientas o equipos adicionales a utilizar:	Palustre, puntero, Maceta.

3. EPP Y EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (seleccione con una X los necesarios para la actividad)

EPP Y EPCC		OBSERVACIONES
ARNES	✓	
LINEA DE VIDA	✓	
ESLINGA	✓	
OVEROL	✓	
CASCO	✓	
GUANTES	✓	
PROTECCION RESPIRATORIA	✓	
PROTECTORES AUDITIVOS	✓	
GAFAS PROTECTORAS	✓	

3. ITEM A EVALUAR	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
El personal se encuentra afiliado a la seguridad social (EPS, AFP y ARL)	✓			
Se cuenta con el concepto de aptitud para trabajos en alturas vigente (según evaluación médica, certificación de capacitación para trabajo en alturas)	✓			
Los puntos de anclaje establecidos cumplen con la resistencia de 5000lb por persona asegurada	✓			
Se cuenta con sistema de prevención contra caídas como plataformas protegidas perimetralmente.	✓			
Se cuenta con sistemas de acceso para trabajos en alturas como andamios, escaleras y que cumplan con las normas de calidad y seguridad.	✓			
Se cuenta con estándar de seguridad para trabajos en alturas en la actividad que se está ejecutando.	✓			
Si están realizando trabajos en alturas con otras tareas de alto riesgo como espacios confinados, trabajos en caliente y energias peligrosas, se cuenta con los permisos y listas de verificación respectivas.			✓	
Se cuenta con brigada de emergencias y plan de rescate para trabajo en alturas.	✓			
Se ha aplicado la lista de verificación para trabajos en alturas anexa a este permiso y que se aplicará diariamente.	✓			

Nota: Confirmo que la zona a sido revisada y todas las medidas de seguridad tomadas y autorizo el permiso. si durante la realizacion del trabajo se quebrantan las condiciones de seguridad del equipo de proteccion personal o de la lista de verificacion, el permiso carecerá de validez y el operario debera solicitar uno nuevo. sera responsabilidad del trabajador notificar al empleador o a su representante cualquier circunstancia que desmejore las condiciones. **ESTE PERMISO ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE Y SE SUSPENDE EL TRABAJO SI NO SE CUMPLE CON LA LISTA DE VERIFICACION APLICADA DIARIAMENTE PARA ESTOS TRABAJOS.**

1 Luis Martinez
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

2 Yonis Bustamante
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

3
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

4
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

5
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

6
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

Jerivis BA
VB JEFE INMEDIATO O ENCARGADO

Sustany Rodriguez
VB GESTOR SST

RENOVACIÓN DEL PERMISO

FECHA DE RENOVACIÓN	HORA INICIO	HORA FIN	FIRMA TRABAJADORES	FIRMA EMISOR	OBSERVACIONES
21-06-21	7:00AM.	5:00PM	1 x Luis 2 x YoBA 3 4 5 6		
22-06-21	7:00AM.	5:00PM	1 x Luis 2 x YoBA 3 4 5 6		
23-06-21	7:00AM.	5:00PM.	1 x Luis 2 x YoBA 3 4 5 6		
24-06-21	7:00AM.	5:00PM.	1 x Luis 2 x YoBA 3 4 5 6		
25-06-21	7:00AM.	5:00PM.	1 x Luis 2 x YoBA 3 4 5 6		
26-06-21	7:00 AM.	12:00 PM	1 x Luis 2 x YoBA 3 4 5 6		

NOTA: Si requiere adicionar hojas para evidenciar el control adjuntelas a este permiso

ESTRUCTURAS Y ACABADOS
NIT 900885125-4

FORMATO

PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Fecha y hora de expedicion (inicio de la actividad)	AÑO	2021	DIA:	15.	MES:	06	HORA:	7:00AM.	TRABAJO RUTINARIO:	X
fecha y hora de finalizacion	AÑO	2021	DIA:	19	MES:	06	HORA:	12:00PM	TRABAJO OCASIONAL:	

1. DATOS PERSONALES			2. TIPO DE PERMISO		ALTURA APROXI. DE LA ACTIVIDAD (MTS)
NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA		ABIERTO	CERRADO	
1 Osnaider Machuca.	1026561462		✓	✓	piso 3mts
2 Ever Rodriguez.	12402179		✓	✓	piso.
3 Julio Torres	73541605		✓	✓	piso, 3mts
4					
5					
6					

Sitio donde se ejecutara la tares	
Descripción de la actividad o tarea:	Resane - Maquillaje.
Describa el sistema de anclaje, ascenso y descenso:	Andamio.
Describa las herramientas o equipos adicionales a utilizar:	Palustre, Puntero, maceta

3. EPP Y EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (seleccione con una X los necesarios para la actividad)

EPP Y EPCC		OBSERVACIONES
ARNES	✓	
LINEA DE VIDA	✓	
ESLINGA	✓	
OVEROL	✓	
CASCO	✓	
GUANTES	✓	
PROTECCION RESPIRATORIA	✓	
PROTECTORES AUDITIVOS	✓	
GAFAS PROTECTORAS	✓	

3. ITEM A EVALUAR	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
El personal se encuentra afiliado a la seguridad social (EPS, AFP y ARL)	✓			
Se cuenta con el concepto de aptitud para trabajos en alturas vigente (según evaluación médica, certificación de capacitación para trabajo en alturas)	✓			
Los puntos de anclaje establecidos cumplen con la resistencia de 5000lb por persona asegurada	✓			
Se cuenta con sistema de prevención contra caídas como plataformas protegidas perimetralmente.	✓			
Se cuenta con sistemas de acceso para trabajos en alturas como andamios, escaleras y que cumplan con las normas de calidad y seguridad.	✓			
Se cuenta con estándar de seguridad para trabajos en alturas en la actividad que se está ejecutando.	✓			
Si están realizando trabajos en alturas con otras tareas de alto riesgo como espacios confinados, trabajos en caliente y energías peligrosas, se cuenta con los permisos y listas de verificación respectivas.			✓	
Se cuenta con brigada de emergencias y plan de rescate para trabajo en alturas.	✓			
Se ha aplicado la lista de verificación para trabajos en alturas anexa a este permiso y que se aplicará diariamente.	✓			

Nota: Confirmo que la zona a sido revisada y todas las medidas de seguridad tomadas y autorizo el permiso. si durante la realizacion del trabajo se quebrantan las condiciones de seguridad del equipo de proteccion personal o de la lista de verificacion, el permiso carecerá de validez y el operario debera solicitar uno nuevo. sera responsabilidad del trabajador notificar al empleador o a su representante cualquier circunstancia que desmejore las condiciones. ESTE PERMISO ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE Y SE SUSPENDE EL TRABAJO SI NO SE CUMPLE CON LA LISTA DE VERIFICACION APLICADA DIARIAMENTE PARA ESTOS TRABAJOS.

1 Dsnaider Machuca
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

2 Ever Rodriguez.
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

3 Julio Torres
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

4
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

5
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

6
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

Leivis
VB JEFE INMEDIATO O ENCARGADO

Luz Mary Rodriguez
VB GESTOR SST

RENOVACIÓN DEL PERMISO

FECHA DE RENOVACIÓN	HORA INICIO	HORA FIN	FIRMA TRABAJADORES	FIRMA EMISOR	OBSERVACIONES
15-06-21	7:00 AM.	5:00 PM.	1 Dsnaider 2 Ever 3 Julio 4 5 6		
16-06-21	7:00 AM.	5:00 PM.	1 Dsnaider 2 3 Julio 4 5 6		
17-06-21	7:00 AM.	5:00 PM.	1 Dsnaider 2 3 Julio 4 5 6		
18-06-21	7:00 AM.	5:00 PM.	1 2 Ever 3 Julio 4 5 6		
19-06-21	7:00 AM.	12:00 PM	1 Dsnaider 2 3 Julio 4 5 6		
			1 2 3 4 5 6		

NOTA: Si requiere adicionar hojas para evidenciar el control adjuntelas a este permiso

ESTRUCTURAS Y ACABADOS
NIT 900885125-4

FORMATO

PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Fecha y hora de expedicion (inicio de la actividad)	AÑO	2021	DIA:	15.	MES:	06	HORA:	7:00AM	TRABAJO RUTINARIO:	X
fecha y hora de finalizacion	AÑO	2021	DIA:	19	MES:	06	HORA:	12:00PM	TRABAJO OCASIONAL:	

1. DATOS PERSONALES			2. TIPO DE PERMISO		ALTURA APROXI. DE LA ACTIVIDAD (MTS)
NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	ABIERTO	CERRADO		
1 Luis Martinez.	1085038018	✓	✓		piso, 3mts
2 Yonis Bustamante	85270286	✓	✓		piso.
3					
4					
5					
6					

Sitio donde se ejecutara la tares	
Descripción de la actividad o tarea:	Resane - Maqueillaje
Describa el sistema de anclaje, ascenso y descenso:	Andamio.
Describa las herramientas o equipos adicionales a utilizar:	Polvstre, maceta, Puntero

3. EPP Y EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (seleccione con una X los necesarios para la actividad)

EPP Y EPCC		OBSERVACIONES
ARNES	✓	
LINEA DE VIDA	✓	
ESLINGA	✓	
OVEROL	✓	
CASCO	✓	
GUANTES	✓	
PROTECCION RESPIRATORIA	✓	
PROTECTORES AUDITIVOS	✓	
GAFAS PROTECTORAS	✓	

3. ITEM A EVALUAR	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
El personal se encuentra afiliado a la seguridad social (EPS, AFP y ARL)	✓			
Se cuenta con el concepto de aptitud para trabajos en alturas vigente (según evaluación médica, certificación de capacitación para trabajo en alturas)	✓			
Los puntos de anclaje establecidos cumplen con la resistencia de 5000lb por persona asegurada	✓			
Se cuenta con sistema de prevención contra caídas como plataformas protegidas perimetralmente.	✓			
Se cuenta con sistemas de acceso para trabajos en alturas como andamios, escaleras y que cumplan con las normas de calidad y seguridad.	✓			
Se cuenta con estándar de seguridad para trabajos en alturas en la actividad que se está ejecutando.	✓			
Si están realizando trabajos en alturas con otras tareas de alto riesgo como espacios confinados, trabajos en caliente y energias peligrosas, se cuenta con los permisos y listas de verificación respectivas.			✓	
Se cuenta con brigada de emergencias y plan de rescate para trabajo en alturas.	✓			
Se ha aplicado la lista de verificación para trabajos en alturas anexa a este permiso y que se aplicará diariamente.	✓			

Nota: Confirmo que la zona a sido revisada y todas las medidas de seguridad tomadas y autorizo el permiso. si durante la realizacion del trabajo se quebrantan las condiciones de seguridad del equipo de proteccion personal o de la lista de verificacion, el permiso carecerá de validez y el operario debera solicitar uno nuevo. sera responsabilidad del trabajador notificar al empleador o a su representante cualquier circunstancia que desmejore las condiciones. ESTE PERMISO ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE Y SE SUSPENDE EL TRABAJO SI NO SE CUMPLE CON LA LISTA DE VERIFICACION APLICADA DIARIAMENTE PARA ESTOS TRABAJOS.

1 Luis Martinez
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

2 Yonis Bustamante
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

3
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

4
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

5
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

6
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

Leivis BA
VB JEFE INMEDIATO O ENCARGADO

Luz Mary Rodriguez
VB GESTOR SST

RENOVACIÓN DEL PERMISO

FECHA DE RENOVACIÓN	HORA INICIO	HORA FIN	FIRMA TRABAJADORES	FIRMA EMISOR	OBSERVACIONES
15-06-21	7:00AM.	5:00PM.	1 x 2 x 3 4 5 6		
16-06-21	7:00AM.	5:00PM.	1 2 3 4 5 6		
17-06-21	7:00AM.	5:00 PM.	1 x 2 x 3 4 5 6		
18-06-21	7:00AM.	5:00PM.	1 2 x 3 x 4 5 6		
19-06-21	7:00AM.	12:00PM.	1 2 3 4 5 6		
			1 2 3 4 5 6		

NOTA: Si requiere adicionar hojas para evidenciar el control adjuntelas a este permiso

ESTRUCTURAS Y ACABADOS
NIT 900885125-4

FORMATO

PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Fecha y hora de expedicion (inicio de la actividad)	AÑO	2021	DIA:	08	MES:	06	HORA:	7:00AM	TRABAJO RUTINARIO:	X
fecha y hora de finalizacion	AÑO	2021	DIA:	12	MES:	06	HORA:	12:00pm	TRABAJO OCASIONAL:	

1. DATOS PERSONALES		2. TIPO DE PERMISO		ALTURA APROXI. DE LA ACTIVIDAD (MTS)
NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	ABIERTO	CERRADO	
1 Yonis Bustamante	85270286	✓	✓	3mts
2 Osnaider Machuca	1026561462	✓	✓	piso
3 Ever Rodriguez	12402179	✓	✓	3mts, 1.5mts
4				
5				
6				

Sitio donde se ejecutara la tares	
Descripción de la actividad o tarea:	Maquillaje - Resane.
Describa el sistema de anclaje, ascenso y descenso:	Andamio.
Describa las herramientas o equipos adicionales a utilizar:	Palustre, Puntero, Maceta, Pulidora

3. EPP Y EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (seleccione con una X los necesarios para la actividad)

EPP Y EPCC		OBSERVACIONES
ARNES	✓	
LINEA DE VIDA	✓	
ESLINGA	✓	
OVEROL	✓	
CASCO	✓	
GUANTES	✓	
PROTECCION RESPIRATORIA	✓	
PROTECTORES AUDITIVOS	✓	
GAFAS PROTECTORAS	✓	

3. ITEM A EVALUAR	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
El personal se encuentra afiliado a la seguridad social (EPS, AFP y ARL)	✓			
Se cuenta con el concepto de aptitud para trabajos en alturas vigente (según evaluación médica, certificación de capacitación para trabajo en alturas)	✓			
Los puntos de anclaje establecidos cumplen con la resistencia de 5000lb por persona asegurada	✓			
Se cuenta con sistema de prevención contra caídas como plataformas protegidas perimetralmente.	✓			
Se cuenta con sistemas de acceso para trabajos en alturas como andamios, escaleras y que cumplan con las normas de calidad y seguridad.	✓			
Se cuenta con estándar de seguridad para trabajos en alturas en la actividad que se está ejecutando.	✓			
Si están realizando trabajos en alturas con otras tareas de alto riesgo como espacios confinados, trabajos en caliente y energías peligrosas, se cuenta con los permisos y listas de verificación respectivas.			✓	
Se cuenta con brigada de emergencias y plan de rescate para trabajo en alturas.	✓			
Se ha aplicado la lista de verificación para trabajos en alturas anexa a este permiso y que se aplicará diariamente.	✓			

Nota: Confirmo que la zona a sido revisada y todas las medidas de seguridad tomadas y autorizo el permiso. si durante la realizacion del trabajo se quebrantan las condiciones de seguridad del equipo de proteccion personal o de la lista de verificacion, el permiso carecerá de validez y el operario debera solicitar uno nuevo. sera responsabilidad del trabajador notificar al empleador o a su representante cualquier circunstancia que desmejore las condiciones. ESTE PERMISO ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE Y SE SUSPENDE EL TRABAJO SI NO SE CUMPLE CON LA LISTA DE VERIFICACION APLICADA DIARIAMENTE PARA ESTOS TRABAJOS.

1 Yonis Bustamante
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

2 Oznaider Machuca
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

3 Ever Rodriguez.
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

4
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

5
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

6
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

Leivis
VB JEFE INMEDIATO O ENCARGADO

Luz Yamy Rodriguez
VB GESTOR SST

RENOVACIÓN DEL PERMISO

FECHA DE RENOVACIÓN	HORA INICIO	HORA FIN	FIRMA TRABAJADORES	FIRMA EMISOR	OBSERVACIONES
08-06-21	7:00 AM.	5:00 PM	1 YBA 2 Oznaider 3 EVER 4 5 6		
09-06-21	7:00 AM	5:00 PM	1 x YBA 2 Oznaider 3 x EVER 4 5 6		
10-06-21	7:00 AM.	5:00 PM.	1 YBA 2 Oznaider 3 x EVER 4 5 6		
11-06-21	7:00 AM.	5:00 PM	1 x YBA 2 Oznaider 3 x EVER 4 5 6		
12-06-21	7:00 AM.	12:00 PM	1 x YBA 2 Oznaider 3 x EVER 4 5 6		
			1 2 3 4 5 6		

NOTA: Si requiere adicionar hojas para evidenciar el control adjuntelas a este permiso

ESTRUCTURAS Y ACABADOS
NIT 900865125-4

FORMATO

PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Fecha y hora de expedicion (inicio de la actividad)	AÑO	2021	DIA:	08	MES:	06	HORA:	7:00 Am	TRABAJO RUTINARIO:	X
fecha y hora de finalizacion	AÑO	2021	DIA:	12	MES:	06	HORA:	12:00 pm	TRABAJO OCASIONAL:	

1. DATOS PERSONALES			2. TIPO DE PERMISO		ALTURA APROXI. DE LA ACTIVIDAD (MTS)
NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA		ABIERTO	CERRADO	
1 Julio Torres	73541605		✓	✓	piso
2 Luis Martinez	1085038018		✓	✓	3mts, piso
3					
4					
5					
6					

Sitio donde se ejecutara la tares	
Descripción de la actividad o tarea:	Resane - Maquillaje.
Describa el sistema de anclaje, ascenso y descenso:	Andamio.
Describa las herramientas o equipos adicionales a utilizar:	Puntero, Maceta, Palustre.

3. EPP Y EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (seleccione con una X los necesarios para la actividad)

EPP Y EPCC		OBSERVACIONES
ARNES	✓	
LINEA DE VIDA	✓	
ESLINGA	✓	
OVEROL	✓	
CASCO	✓	
GUANTES	✓	
PROTECCION RESPIRATORIA	✓	
PROTECTORES AUDITIVOS	✓	
GAFAS PROTECTORAS	✓	

3. ITEM A EVALUAR	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
El personal se encuentra afiliado a la seguridad social (EPS, AFP y ARL)	✓			
Se cuenta con el concepto de aptitud para trabajos en alturas vigente (según evaluación médica, certificación de capacitación para trabajo en alturas)	✓			
Los puntos de anclaje establecidos cumplen con la resistencia de 5000lb por persona asegurada	✓			
Se cuenta con sistema de prevención contra caídas como plataformas protegidas perimetralmente.	✓			
Se cuenta con sistemas de acceso para trabajos en alturas como andamios, escaleras y que cumplan con las normas de calidad y seguridad.	✓			
Se cuenta con estándar de seguridad para trabajos en alturas en la actividad que se está ejecutando.	✓			
Si están realizando trabajos en alturas con otras tareas de alto riesgo como espacios confinados, trabajos en caliente y energias peligrosas, se cuenta con los permisos y listas de verificación respectivas.			✓	
Se cuenta con brigada de emergencias y plan de rescate para trabajo en alturas.	✓			
Se ha aplicado la lista de verificación para trabajos en alturas anexa a este permiso y que se aplicará diariamente.	✓			

Nota: Confirmo que la zona a sido revisada y todas las medidas de seguridad tomadas y autorizo el permiso. si durante la realizacion del trabajo se quebrantan las condiciones de seguridad del equipo de proteccion personal o de la lista de verificacion, el permiso carecerá de validez y el operario debera solicitar uno nuevo, sera responsabilidad del trabajador notificar al empleador o a su representante cualquier circunstancia que desmejore las condiciones. ESTE PERMISO ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE Y SE SUSPENDE EL TRABAJO SI NO SE CUMPLE CON LA LISTA DE VERIFICACION APLICADA DIARIAMENTE PARA ESTOS TRABAJOS.

1 Julio Torres
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

2 Luis Martinez
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

3
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

4
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

5
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

6
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

Leivis BA
VB JEFE INMEDIATO O ENCARGADO

Suzafany Rodriguez.
VB GESTOR SST

RENOVACIÓN DEL PERMISO

FECHA DE RENOVACIÓN	HORA INICIO	HORA FIN	FIRMA TRABAJADORES	FIRMA EMISOR	OBSERVACIONES
08-06-21	7:00 AM.	5:00 PM.	1 [signature] 2 [signature] 3 4 5 6	[signature]	
09-06-21	7:00 AM.	5:00 PM	1 x [signature] 2 x [signature] 3 4 5 6	[signature]	
10-06-21	7:00 AM	5:00 PM.	1 [signature] 2 [signature] 3 4 5 6	[signature]	
11-06-21	7:00 AM.	5:00 PM.	1 x [signature] 2 x [signature] 3 4 5 6	[signature]	
12-06-21	7:00 AM.	12:00 PM	1 x [signature] 2 x [signature] 3 4 5 6	[signature]	
			1 2 3 4 5 6		

NOTA: Si requiere adicionar hojas para evidenciar el control adjuntelas a este permiso

ESTRUCTURAS Y ACABADOS
NIT 900885125-4

FORMATO

PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Fecha y hora de expedicion (inicio de la actividad)	AÑO	2021	DIA:	07	MES:	06	HORA:	7:00AM	TRABAJO RUTINARIO:	X
fecha y hora de finalizacion	AÑO	2021	DIA:	07	MES:	06	HORA:	12:00PM.	TRABAJO OCASIONAL:	

1. DATOS PERSONALES			2. TIPO DE PERMISO		ALTURA APROXI. DE LA ACTIVIDAD (MTS)
NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA		ABIERTO	CERRADO	
1 Ever Rodriguez	12402179		✓	✓	piso
2 Luis Martinez	1085038018		✓	✓	piso
3 Julio Torres	73541605		✓	✓	piso
4					
5					
6					

Sitio donde se ejecutara la tares	
Descripción de la actividad o tarea:	Maquillaje - limpieza Columnas
Describa el sistema de anclaje, ascenso y descenso:	Andamio.
Describa las herramientas o equipos adicionales a utilizar:	Palustre, Maceta.

3. EPP Y EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (seleccione con una X los necesarios para la actividad)

EPP Y EPCC		OBSERVACIONES
ARNES	✓	
LINEA DE VIDA	✓	
ESLINGA	✓	
OVEROL	✓	
CASCO	✓	
GUANTES	✓	
PROTECCION RESPIRATORIA	✓	
PROTECTORES AUDITIVOS	✓	
GAFAS PROTECTORAS	✓	

3. ITEM A EVALUAR	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
El personal se encuentra afiliado a la seguridad social (EPS, AFP y ARL)	✓			
Se cuenta con el concepto de aptitud para trabajos en alturas vigente (según evaluación médica, certificación de capacitación para trabajo en alturas)	✓			
Los puntos de anclaje establecidos cumplen con la resistencia de 5000lb por persona asegurada	✓			
Se cuenta con sistema de prevención contra caídas como plataformas protegidas perimetralmente.	✓			
Se cuenta con sistemas de acceso para trabajos en alturas como andamios, escaleras y que cumplan con las normas de calidad y seguridad.	✓			
Se cuenta con estándar de seguridad para trabajos en alturas en la actividad que se está ejecutando.	✓			
Si están realizando trabajos en alturas con otras tareas de alto riesgo como espacios confinados, trabajos en caliente y energias peligrosas, se cuenta con los permisos y listas de verificación respectivas.			✓	
Se cuenta con brigada de emergencias y plan de rescate para trabajo en alturas.	✓			
Se ha aplicado la lista de verificación para trabajos en alturas anexa a este permiso y que se aplicará diariamente.	✓			

Nota: Confirmo que la zona a sido revisada y todas las medidas de seguridad tomadas y autorizo el permiso. si durante la realizacion del trabajo se quebrantan las condiciones de seguridad del equipo de proteccion personal o de la lista de verificacion, el permiso carecerá de validez y el operario debera solicitar uno nuevo. sera responsabilidad del trabajador notificar al empleador o a su representante cualquier circunstancia que desmejore las condiciones. ESTE PERMISO ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE Y SE SUSPENDE EL TRABAJO SI NO SE CUMPLE CON LA LISTA DE VERIFICACION APLICADA DIARIAMENTE PARA ESTOS TRABAJOS.

EDICION 05 MAYO DE 2012

1 Ever Rodriguez.
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

2 Luis Martinez.
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

3 Julio Torres
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

4
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

5
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

6
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

VB JEFE INMEDIATO O ENCARGADO

VB GESTOR SST

RENOVACIÓN DEL PERMISO

FECHA DE RENOVACIÓN	HORA INICIO	HORA FIN	FIRMA TRABAJADORES	FIRMA EMISOR	OBSERVACIONES
07-06-21	7:00AM.	12:00PM	1 X 2 X 3 X 4 5 6		
			1 2 3 4 5 6		
			1 2 3 4 5 6		
			1 2 3 4 5 6		
			1 2 3 4 5 6		
			1 2 3 4 5 6		

NOTA: Si requiere adiconar hojas para evidenciar el control adjuntelas a este permiso

L Lur S.a.s
ESTRUCTURAS Y ACABADOS
NIT 900885125-4

FORMATO

PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Fecha y hora de expedicion (inicio de la actividad)	AÑO	2021	DIA:	31	MES:	05	HORA:	7:00 AM	TRABAJO RUTINARIO:	X
fecha y hora de finalizacion	AÑO	2021	DIA:	05	MES:	06	HORA:	12:00 PM	TRABAJO OCASIONAL:	

1. DATOS PERSONALES		2. TIPO DE PERMISO		ALTURA APROXI. DE LA ACTIVIDAD (MTS)
NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	ABIERTO	CERRADO	
1 Huber Rodriguez	85442072	✓	✓	20 mts
2 Osnaider Machuca	1026561462	✓	✓	Piso
3 Ever Rodriguez	12402179	✓	✓	3 mts.
4				
5				
6				

Sitio donde se ejecutara la tares	
Descripción de la actividad o tarea:	Resane - Maquillaje - operar plumd grua
Describa el sistema de anclaje, ascenso y descenso:	Andamio
Describa las herramientas o equipos adicionales a utilizar:	Palustre, pulidora, puntero, maceta.

3. EPP Y EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (seleccione con una X los necesarios para la actividad)

EPP Y EPCC		OBSERVACIONES
ARNES	✓	
LINEA DE VIDA	✓	
ESLINGA	✓	
OVEROL	✓	
CASCO	✓	
GUANTES	✓	
PROTECCION RESPIRATORIA	✓	
PROTECTORES AUDITIVOS	✓	
GAFAS PROTECTORAS	✓	

3. ITEM A EVALUAR	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
El personal se encuentra afiliado a la seguridad social (EPS, AFP y ARL)	✓			
Se cuenta con el concepto de aptitud para trabajos en alturas vigente (según evaluación médica, certificación de capacitación para trabajo en alturas)	✓			
Los puntos de anclaje establecidos cumplen con la resistencia de 5000lb por persona asegurada	✓			
Se cuenta con sistema de prevención contra caídas como plataformas protegidas perimetralmente.	✓			
Se cuenta con sistemas de acceso para trabajos en alturas como andamios, escaleras y que cumplan con las normas de calidad y seguridad.	✓			
Se cuenta con estándar de seguridad para trabajos en alturas en la actividad que se está ejecutando.	✓			
Si están realizando trabajos en alturas con otras tareas de alto riesgo como espacios confinados, trabajos en caliente y energías peligrosas, se cuenta con los permisos y listas de verificación respectivas.			✓	
Se cuenta con brigada de emergencias y plan de rescate para trabajo en alturas.	✓			
Se ha aplicado la lista de verificación para trabajos en alturas anexa a este permiso y que se aplicará diariamente.	✓			

Nota: Confirmo que la zona a sido revisada y todas las medidas de seguridad tomadas y autorizo el permiso. si durante la realizacion del trabajo se quebrantan las condiciones de seguridad del equipo de proteccion personal o de la lista de verificacion, el permiso carecerá de validez y el operario debera solicitar uno nuevo. sera responsabilidad del trabajador notificar al empleador o a su representante cualquier circunstancia que desmejore las condiciones. **ESTE PERMISO ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE Y SE SUSPENDE EL TRABAJO SI NO SE CUMPLE CON LA LISTA DE VERIFICACION APLICADA DIARIAMENTE PARA ESTOS TRABAJOS.**

1 Huber Rodriguez.
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

2 Osnaider Machuca.
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

3 Ever Rodriguez.
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

4
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

5
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

6
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

Leivis
VB JEFE INMEDIATO O ENCARGADO

Gustavo Rodriguez
VB GESTOR SST

RENOVACIÓN DEL PERMISO

FECHA DE RENOVACIÓN	HORA INICIO	HORA FIN	FIRMA TRABAJADORES	FIRMA EMISOR	OBSERVACIONES
31-05-21	7:00 AM.	5:00pm	1 2 Osnaider 3 ~~Ever~~ 4 5 6		
01-06-21	7:00 AM.	5:00 PM.	1 2 Osnaider 3 ~~Ever~~ 4 5 6		
02-06-21	7:00 AM.	5:00PM.	1 2 Osnaider 3 ~~Ever~~ 4 5 6		
03-06-21	7:00 AM.	5:00 PM.	1 2 Osnaider 3 ~~Ever~~ 4 5 6		
04-06-21	7:00 AM.	5:00PM	1 2 Osnaider 3x ~~Ever~~ 4 5 6		
05-06-21	7:00 AM.	12:00PM	1x 2 Osnaider 3x ~~Ever~~ 4 5 6		

NOTA: Si requiere adiconar hojas para evidenciar el control adjuntelas a este permiso

ANCHOR DE COLOMBIA LTDA

Ambiental, Sanitaria y Geotécnica	**PERMISO DE TRABAJO EN ALTURA (PTA)**	CODIGO: SSTFOR -012 VERSION: 01 FECHA: 03 - 02 - 2016

Clasificación del PTA: POTENC. GRAVEDAD A | POTENC. GRAVEDAD B | POTENC.GRAVEDAD C

FECHA Y HORA DE INICIO: 15-06-21 | FECHA Y HORA DE TERMINACIÓN: 19-06-21 | TIEMPO TOTAL DE LA ACTIVIDAD: 08 horas | OBRA: Mebog.

ALTURA APROXIMADA: 0H - Metros | LUGAR DE TRABAJO: Sotano hasta Cubierta

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR: Perforaciones con saca Nucleos y Anclajes Químicos

LOS PARTICIPANTES EN LA ACTIVIDAD CUENTAN CON SEGURIDAD SOCIAL AL DIA (EPS, ARL, AFP): SI [ ] NO [ ]

TIPOS DE ACTIVIDADES A SER EJECUTADAS

SI	NO	
X		Extracion de nucleos
	X	Cortes de concreto
	X	Demoliciones
	X	Obras, mantenimiento
	X	Otros servicios_____

ANALISIS PRELIMINAR DE RIESGOS

SI	NO	
	X	Presencia de inflamables
	X	Presencia de humos metálicos o polvos
	X	Presencia de productos asfixiantes/irritantes
	X	Ambiente con temperaturas extremas
X		Ambiente con riesgo de choque eléctrico
	X	Ambiente con equipos presurizados
X		Ambiente con riesgo de caída del mismo nivel
X		Ambiente con riesgo a diferente nivel
	X	Ambiente con riesgo a derrame
	X	Ambiente con poca iluminación
X		Ambiente con frecuente movimiento de puentes grúas
X		Otros riesgos _____

BLOQUEO DE ENERGIA

SI	NO			
X		Energía eléctrica	Lugar	Tablero
		Presión hidráulica	Lugar	
		Presión aire comprimido	Lugar	
		Energía de movimiento	Lugar	
		Energía termina	Lugar	
		Productos químicos	Lugar	
		Energía potencial	Lugar	
		Otros _____	Lugar	

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LA REALIZACION DEL SERVICIO

SI	NO	
X		Instalar conectilos para izaje de materiales
X		Evaluar interferencia de lugares energizados o con transito de personas
X		Garantizar la comunicación vía radio o teléfono
X		Mantener extintor de incendio en las proximidades del lugar
X		Instalar señales adecuado y seguro en el ambiente
X		Equipos de reventamiento de cargas bloqueados (que actúen en las proximidades)
X		Verificar pre-uso de equipos de alturas
X		Mantener camilla de emergencia en el area de trabajo
X		Uso sistema anticaida montado en el sacne de trabajo
X		Instalar Barricadas completamente
X		Utilizar andamio adecuado y aprobado bajo check-list
X		Usar herramientas con dispositivos anti caidas
X		Ejecutantes estan identificados p/ trabajos en altura
X		Evaluar las líneas de vida en trabajos y calcular número de personas por línea.
	X	Otros medios ¿cuales?_____

APTITUDES DEL PERSONAL

X		Aprobó el examen médico y psicológico para trabajo en alturas
	X	Ha consumido medicamentos en las ultimas 24 horas ¿cuales?_____
	X	¿Miedo a las alturas (acrofobia)?
	X	¿Sufre de epilepsia, mareos o vértigos?

SISTEMA DE ACCESO A UTILIZAR

X		Andamios
	X	Escaleras
	X	Canastas
	X	Otros ¿cuales?_____

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

X		Lentes de Seguridad
X		Protector respiratorio
X		Botas de seguridad
X		Guantes
X		Casco con barbuquejo
X		Arnés cuerpo entero
X		Protector auditivo
	X	Uniforme
X		Ropa de trabajo adecuado
	X	Radio de comunicación
	X	Otros EPPS_____

SISTEMA DE PREVENCIÓN CONTRA CAIDAS

X		Evaluar necesidades de un observador/vigía
X		Usaremos de protección contra caídas de personas o materiales
X		Mantener señalizada el área debajo del lugar de trabajo
X		Delimitar el área de trabajo
X		Mantener líneas de vida instalado
X		Manejo de herramientas
X		Manejo de desniveles en el piso

PUNTOS DE ANCLAJE

	X	¿Cuenta usted con los puntos de anclaje para cada trabajador
	X	Anclaje fijo ¿cuales?_____
	X	Anclaje portátiles o conectores de anclajes portátiles ¿cuales?_____

HERRAMIENTAS A UTILIZAR

Relacionar aquí las herramientas a utilizar:

EN CASO DE SUSPENSION DEL TRABAJO, EL PERMISO DEBERA SER CANCELADO, DEBIENDO SER EMITIDO UNO NUEVO

RECOMENDACIONES:

OBSERVACIONES:

RESPONSABLE DEL AREA Y SOLICITA EL PERMISO		FIRMA
NOMBRE	Jader Ramos	Jader Ramos.
C.C.		
RESPONSABLE DE AUTORIZAR EL PERMISO		**FIRMA**
NOMBRE	Diana Lorena Franco	Diana Franco.
C.C.	1192731799	

INSPECCION FINAL

CIERRE VERIFICADO	AREA LIMPIA Y ORGANIZADA	VISTO BUENO DELICIANTE	VISTO RESPONSABLE DE AREA:
[ ] NO [ ] SI	[ ] NO [ ] SI		FECHA: / /

Asesoría, Ejecución y Mantenimiento	**PERMISO DE TRABAJO EN ALTURA (PTA)**	CODIGO: SSTFOR -012 VERSION: 01 FECHA: 03 - 02 - 2016

Clasificación del PTA: POTENC. GRAVEDAD A | POTENC. GRAVEDAD B | POTENC.GRAVEDAD C

FECHA Y HORA DE INICIO: 08-06-2021 | FECHA Y HORA DE TERMINACIÓN: 12-06-21 | TIEMPO TOTAL DE LA ACTIVIDAD: 8 horas | OBRA: Hebog

ALTURA APROXIMADA: 04 Metros | LUGAR DE TRABAJO: Sotano hasta Cubierta

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR:

Perforaciones con broca Nucleos y Anclajes Químicos.

LOS PARTICIPANTES EN LA ACTIVIDAD CUENTAN CON SEGURIDAD SOCIAL AL DIA (EPS, ARL, AFP): SI [X] NO [ ]

TIPOS DE ACTIVIDADES A SER EJECUTADAS

SI	NO	
X		Extracción de núcleos
	X	Cortes de concreto
	X	Demoliciones
	X	Obras, mantenimiento
	X	Otros servicios_____

ANALISIS PRELIMINAR DE RIESGOS

SI	NO	
	X	Presencia de inflamables
	X	Presencia de humos metálicos o polvos
	X	Presencia de productos asfixiantes/irritantes
	X	Ambiente con temperaturas extremas
X		Ambiente con riesgo de choque eléctrico
	X	Ambiente con equipos presurizados
X		Ambiente con riesgo de caída del mismo nivel
X		Ambiente con riesgo a diferente nivel
	X	Ambiente con riesgo a derrame
	X	Ambiente con poca iluminación
	X	Ambiente con frecuente movimiento de puentes grúas
X		Otros riesgos _____

BLOQUEO DE ENERGIA

SI	NO			
X		Energía eléctrica	Lugar	TABLERO
		Presión hidráulica	Lugar	
		Presión aire comprimido	Lugar	
		Energía de movimiento	Lugar	
		Energía térmica	Lugar	
		Productos químicos	Lugar	
		Energía potencial	Lugar	
		Otros _____	Lugar	

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LA REALIZACION DEL TRABAJO

SI	NO	
X		Instalar conexiones para izaje de materiales
X		Evaluar interferencia de lugares energizados o con tránsito de personas
X		Garantizar la comunicación vía radio o celular
X		Mantener orden y limpieza en las proximidades del lugar
X		Instalar cerca aislante y seguro en el ambiente
X		Equipos de respiratorios de cargas bloqueadas (que estén en las proximidades)
X		Verificar pre-uso de equipos de altura
X		Mantener control de encargado en alcance de trabajo
X		Uso sistema anticaída montado en el acceso de trabajo
X		Instalar iluminación complementaria
X		Utilizar andamio adecuado y aprobado tipo check-list
X		Usar herramientas con dispositivos anticaídas
X		Operadores estan identificados p/ trabajos en altura
X		Evaluar las líneas de vida en tejados y colocar número de personas por línea.
	X	Otras medidas ¿cuales?_____

APTITUDES DEL PERSONAL

X		Aprobó el examen médico y psicológico para trabajo en altura
	X	¿Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas ¿cuales?_____
	X	¿Mareo o Vértigo (ocasional)?
	X	¿Sufre de epilepsia, mareos o vértigos?

SISTEMA DE ACCESO A UTILIZAR

X		Andamios
	X	Escalera
	X	Canastas
	X	Otros ¿cuales?_____

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

X		Botas de Seguridad
X		Protector respiratorio
X		Gafas de seguridad
X		Guantes
X		Casco con barbuquejo
X		Arnés cuerpo entero
X		Protector auditivo
	X	Uso de ombligo
X		Ropa de trabajo adecuada
	X	Medio de comunicación
	X	Otros EPP'S_____

SISTEMA DE PREVENCIÓN CONTRA CAIDAS

X		Evaluar necesidad de un observador/vigía
X		Usar malla de protección contra caídas de personas o materiales
X		Mantener señalización área trabajo del lugar de trabajo
X		Delimitar el área de trabajo
X		Mantener línea de vida tendida
X		Ubicación de barandas
X		Manejo de escombros en el piso

PUNTOS DE ANCLAJE

	X	¿Existen puntos en los puntos de anclaje para este trabajador
	X	Anclaje fijo ¿cuales?_____
	X	Anclaje portátil o estructura de anclaje portátil ¿cuales?_____

HERRAMIENTAS A UTILIZAR

Relacionar aquí las herramientas a utilizar:

_____

_____

EN CASO DE SUSPENSION DEL TRABAJO, EL PERMISO DEBERA SER CANCELADO, DEBIENDO SER EMITIDO UNO NUEVO

OBSERVACIONES:

RECOMENDACIONES:

RESPONSABLE DEL AREA Y SOLICITA EL PERMISO		FIRMA
NOMBRE	Jader Ramos	Jader Ramos.
CC.		
RESPONSABLE DE AUTORIZAR EL PERMISO		**FIRMA**
NOMBRE	Diana Lorena Franco	Diana Franco.
CC.	1102831399	

IMPRESIÓN PEAL

CONSULTA AUTOR PERMISO	AREA LIDER Y COORDINACION	VISTO BUENO COPASST	VISTO BUENO RESPONSABLE DE AREA:
[ ] NO [ ] SI	[ ] NO [ ] SI	FECHA: / /	FECHA: / /

Consultoría, Ejecución y Mantenimiento	**PERMISO DE TRABAJO EN ALTURA (PTA)**	CODIGO: SSTFOR -012 VERSION: 01 FECHA: 03 - 02 - 2016

Clasificación del PTA: POTENC. GRAVEDAD A | POTENC. GRAVEDAD B | POTENC.GRAVEDAD C

FECHA Y HORA DE INICIO: 01-06-2021 | FECHA Y HORA DE TERMINACIÓN: 05-06-2021 | TIEMPO TOTAL DE LA ACTIVIDAD: 8 horas | OBRA: Nebug

ALTURA APROXIMADA: 04 Metros. | LUGAR DE TRABAJO: Sotano a cubierta

DESCRIPCION DEL TRABAJO A REALIZAR:

Perforaciones con Saca Nucleo y Anclajes Quimicos

LOS PARTICIPANTES EN LA ACTIVIDAD CUENTAN CON SEGURIDAD SOCIAL AL DIA (EPS, ARL, APP): SI [ ] NO [ ]

TIPOS DE ACTIVIDADES A SER EJECUTADAS

SI	NO	
X		Extracción de núcleos
	X	Cortes de concreto
	X	Demoliciones
	X	Obras, mantenimiento
	X	Otros servicios_____

ANALISIS PRELIMINAR DE RIESGOS

SI	NO	
	X	Presencia de inflamables
	X	Presencia de humos metálicos o gases
	X	Presencia de productos asfixiantes/irritantes
	X	Ambiente con temperaturas extremas
X		Ambiente con riesgo de choque eléctrico
	X	Ambiente con equipos presurizados
X		Ambiente con riesgo de caída del mismo nivel
X		Ambiente con riesgo a diferente nivel
	X	Ambiente con riesgo a derrame
	X	Ambiente con poca iluminación
	X	Ambiente con frecuente movimiento de puentes grúas
X		Otros riesgos _____

BLOQUEO DE ENERGIA

SI	NO			
X		Energía eléctrica	Lugar	TABLERO
		Presión hidráulica	Lugar	
		Presión aire comprimido	Lugar	
		Energía de movimiento	Lugar	
		Energía termina	Lugar	
		Productos químicos	Lugar	
		Energía potencial	Lugar	
		Otros _____	Lugar	

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LA MITIGACION DEL RIESGO

SI	NO	
X		Instalar cerramillas para trabajo de materiales
X		Evitar interferencia de lugares encargados o con tránsito de personas
X		Garantizar la comunicación vía radio o teléfono
X		Mantener extintor de incendio en las proximidades del lugar
X		Instalar avisos advirtiendo y seguro en el ambiente
X		Equipos de requerimientos de cargas bloqueados (que estén en las proximidades)
X		Verificar pre-uso de equipos de alturas
X		Mantener comité de emergencia en el área de trabajo
X		Uso obligatorio botiquín reunido en el cesto de trabajo
X		Instalar iluminación complementaria
X		Utilizar andamio adecuado y aprobado bajo check-list
X		Usar herramientas con dispositivos anti caídas
X		Operadores estén identificados p/ trabajos en altura
X		Evaluar las líneas de vida en tejados y calcular número de personas por línea.
	X	Otras medidas ¿cuáles?_____

APTITUDES DEL PERSONAL

X		Aprobó el examen médico y psicológico para trabajo en alturas
	X	No consumido medicamentos en las últimas 24 horas ¿cuáles?_____
	X	¿Miedo a las alturas (vértigo)?
	X	¿Sufre de epilepsia, mareos o vértigos?

SISTEMA DE ACCESO A UTILIZAR

X		Andamios
	X	Escaleras
	X	Cuerdas
	X	Otros ¿cuáles?_____

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

X		Lentes de Seguridad
X		Protector respiratorio
X		Botas de seguridad
X		Guantes
X		Casco con barbuquejo
X		Arnés cuerpo entero
X		Protector auditivo
	X	Uñer dieléctrico
X		Ropa de trabajo obligatorio
X		Radio de comunicación
	X	Otros EPPS_____

SISTEMA DE PREVENCIÓN CONTRA CAIDAS

X		Instalar mecanismos de retención/frío
X		Uso mallas de protección contra caídas de personas o materiales
X		Mantener señalizada el área debajo del lugar de trabajo
X		Delimitar el área de trabajo
X		Mantener línea de vida instalada
X		Manejo de barandas
X		Manejo de elementos en el piso

PUNTOS DE ANCLAJE

	X	Cuenta actual con los puntos de anclaje por cada trabajador
	X	Anclaje fijo ¿cuáles?
	X	Anclaje portátil o estructura de anclajes portátiles ¿cuáles?_____

HERRAMIENTAS A UTILIZAR

Relacionar aquí las herramientas a utilizar:

EN CASO DE SUSPENSION DEL TRABAJO, EL PERMISO DEBERA SER CANCELADO, DEBIENDO SER EMITIDO UNO NUEVO

OBSERVACIONES:

CANCELACIÓN:

RESPONSABLE DEL AREA Y SOLICITA EL PERMISO		FIRMA
NOMBRE	Jader Luis Ramos Fuentes	Jader Ramos.
C.C.	78.079.353	
RESPONSABLE DE AUTORIZAR EL PERMISO		**FIRMA**
NOMBRE	Diana Lorena Franco	Diana Franco.
C.C.	1128391399	

CONSULTA PREVIA	ANALISIS Y CANCELACIÓN	VISTO BUENO SUPERVISOR	VISTO BUENO RESPONSABLE DE AREA:
[ ] NO [ ] SI	[ ] NO [ ] SI		FECHA: / /

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURA (PTA)

CODIGO: SSTFOR-012
VERSION: 01
FECHA: 03-02-2016

Clasificación del PTA: POTENC. GRAVEDAD A | POTENC. GRAVEDAD B | POTENC. GRAVEDAD C

FECHA Y HORA DE INICIO: 21-06-21	FECHA Y HORA DE TERMINACIÓN: 26-06-21	TIEMPO TOTAL DE LA ACTIVIDAD: 08 h	OBRA: mabe
ALTURA APROXIMADA: 0.4 mts		LUGAR DE TRABAJO: Pisos 1-6 y Sotano	

DESCRIPCION DEL TRABAJO A REALIZAR:

LOS PARTICIPANTES EN LA ACTIVIDAD CUENTAN CON SEGURIDAD SOCIAL AL DIA (EPS, ARL, AFP): SI [X] NO [ ]

TIPOS DE ACTIVIDADES A SER EJECUTADAS

SI	NO	
X		Extracción de nucleos
	X	Cortes de concreto
	X	Demoliciones
	X	Obras, mantenimiento
X		Otros servicios

ANALISIS PRELIMINAR DE RIESGOS

SI	NO	
	X	Presencia de inflamables
	X	Presencia de humos metálicos o polvos
	X	Presencia de productos asfixiantes/irritantes
	X	Ambiente con temperaturas extremas
X		Ambiente con riesgo de choque eléctrico
	X	Ambiente con equipos presurizados
X		Ambiente con riesgo de caída del mismo nivel
X		Ambiente con riesgo a diferente nivel
	X	Ambiente con riesgo a derrame
	X	Ambiente con poca iluminación
	X	Ambiente con frecuente movimiento de puentes grúas
X		Otros riesgos

BLOQUEO DE ENERGIA

SI	NO			
X		Energía eléctrica	Lugar	tablero
		Presión hidráulica	Lugar	
		Presión aire comprimido	Lugar	
		Energía de movimiento	Lugar	
		Energía termina	Lugar	
		Productos químicos	Lugar	
		Energía potencial	Lugar	
		Otros	Lugar	

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LA REALIZACION DEL SERVICIO

SI	NO	
X		Instalar cerramiento para izaje de materiales
X		Evitar interferencia de lugares energizados o con tránsito de personas
X		Garantizar la comunicación vía radio o celular
X		Mantener cobertor de incendio en las proximidades del lugar
X		Instalar acceso adecuado y seguro en el andamio
X		Equipos de movimientos de cargas bloqueados (que estén en las proximidades)
X		Verificar pre-uso de equipos de alturas
X		Mantener cuello de emergencia en sitios de trabajo
X		Uso sistema anticaído montado en el acceso de trabajo
X		Instalar iluminación complementaria
X		Utilizar andamio adecuado y aprobado bajo check-list
X		Usar herramientas con dispositivos anti caídas
X		Ejecutantes estan identificados p/ trabajos en altura
X		Evaluar las líneas de vida en tejados y establecer número de personas por línea.
X	X	Otros medidas ¿cuales?

APTITUDES DEL PERSONAL

SI	NO	
X		Aprobó el examen médico y psicológico para trabajo en altura
	X	Ha consumido medicamentos en los últimos 24 horas ¿cuales?
	X	¿Miedo a las alturas (acrofobia)?
	X	¿Sufre de epilepsia, mareos o vértigos?

SISTEMA DE ACCESO A UTILIZAR

SI	NO	
X		Andamios
	X	Escaleras
	X	Canastas
	X	Otros ¿cuales?

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

SI	NO	
X		Lentes de Seguridad
X		Protector respiratorio
X		Botas de seguridad
X		Guantes
X		Casco con barbuquejo
X		Arnés cuerpo entero
X		Protector auditivo
	X	Línea de vida
X		Ropa de trabajo adecuada
	X	Radio de comunicación
	X	Otros EPP'S

SISTEMA DE PREVENCIÓN CONTRA CAIDAS

SI	NO	
X		Evaluar necesidades de un observador/vigía
X		Usar medio de protección contra caídas de personas o materiales
X		Mantener aislada el área debajo del lugar de trabajo
X		Delimitar el área de trabajo
X		Mantener línea de vida instalada
X		Manejo de barandas
X		Manejo de desniveles en el piso

PUNTOS DE ANCLAJE

SI	NO	
	X	¿Cuenta usted con los puntos de anclaje por cada trabajador
	X	Anclaje fijo ¿cuales?
	X	Anclaje portátiles o estructuras de anclajes permitidos ¿cuales?

HERRAMIENTAS A UTILIZAR

Relacione aquí las herramientas a utilizar:

EN CASO DE SUSPENSION DEL TRABAJO, EL PERMISO DEBERA SER CANCELADO, DEBIENDO SER EMITIDO UNO NUEVO

RECOMENDACIONES:

OBSERVACIONES:

RESPONSABLE DEL AREA Y SOLICITA EL PERMISO		FIRMA
NOMBRE	Jil Amarillas Linares R.	
C.C.	79701963	
RESPONSABLE DE AUTORIZAR EL PERMISO		**FIRMA**
NOMBRE	Diana Lorena Franco	
C.C.	1120371999	Diana Franco.

INSPECCION FINAL

CONCLUSIÓN VERIFICADO	AREA LIMPIA Y ORDENADA	VISTO BUENO PEATONAL	VISTO RESPONSABLE DE AREA
[ ] NO [ ] SI	[ ] NO [ ] SI	FECHA: / /	FECHA: / /

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURA (PTA)

CODIGO: SSTFOR -012
VERSION: 01
FECHA: 03 - 02 - 2016

Clasificación del PTA: POTENC. GRAVEDAD A | POTENC. GRAVEDAD B | POTENC.GRAVEDAD C

FECHA Y HORA DE INICIO: 15-06-21 | FECHA Y HORA DE TERMINACIÓN: 19-06-21 | TIEMPO TOTAL DE LA ACTIVIDAD: 96 | OBRA: muelle

ALTURA APROXIMADA: 04 mts | LUGAR DE TRABAJO: piso 1 - 6 x Sotano

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR:

LOS PARTICIPANTES EN LA ACTIVIDAD CUENTAN CON SEGURIDAD SOCIAL AL DIA (EPS, ARL, AFP): SI [X] NO [ ]

TIPOS DE ACTIVIDADES A SER EJECUTADAS

SI	NO	
X		Extracción de núcleos
	X	Cortes de concreto
	X	Demoliciones
	X	Obras, mantenimiento
X		Otros servicios_____

ANALISIS PRELIMINAR DE RIESGOS

SI	NO	
	X	Presencia de inflamables
	X	Presencia de humos metálicos o polvos
	X	Presencia de productos asfixiantes/irritantes
	X	Ambiente con temperaturas extremas
X		Ambiente con riesgo de choque eléctrico
	X	Ambiente con equipos presurizados
X		Ambiente con riesgo de caída del mismo nivel
X		Ambiente con riesgo a diferente nivel
	X	Ambiente con riesgo a derrame
	X	Ambiente con poca iluminación
	X	Ambiente con frecuente movimiento de puentes grúas
X		Otros riesgos _____

BLOQUEO DE ENERGIA

SI	NO			
X		Energía eléctrica	Lugar	Tablero
		Presión hidráulica	Lugar	
		Presión aire comprimido	Lugar	
		Energía de movimiento	Lugar	
		Energía termina	Lugar	
		Productos químicos	Lugar	
		Energía potencial	Lugar	
		Otros _____	Lugar	

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LA REALIZACION DEL TRABAJO

SI	NO	
X		Instalar cerramiento para todo de materiales
X		Evaluar interferencia de lugares energizados o con tránsito de personas
X		Garantizar la comunicación vía radio o teléfono
X		Mantener extintor de incendio en las proximidades del lugar
X		Instalar cableado adecuado y seguro en el ambiente
X		Equipos de apalancamiento de cargas bloqueados (que actúen en los preventivos)
X		Verificar pre-uso de equipos de alturas
X		Mantener cerrilla de amarranda en el área de trabajo
X		Uso sistema anticaída revisado en el curso de trabajo
X		Instalar iluminación complementaria
X		Utilizar ordenado adecuado y aprobado tipo check-list
X		Usar herramientas con dispositivos anti caídas
X		Ejecutantes estan identificados p/ trabajar en altura
X		Evaluar las líneas de vida en tejados y definir número de personas por línea.
	X	Otras medidas ¿cuáles?_____

APTITUDES DEL PERSONAL

X		Aprobó el examen médico y psicológico para trabajo en alturas
	X	ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas ¿cuales?_____
	X	¿Mareo o vértigo en alturas (acrofobia)?
	X	¿Sufre de epilepsia, ataques o vértigos?

SISTEMA DE ACCESO A UTILIZAR

X		Andamios
	X	Escaleras
	X	Canastas
	X	Otros ¿cuales?_____

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

X		Casco de Seguridad
X		Protector respiratorio
X		Botas de seguridad
X		Guantes
X		Casco con barbuquejo
X		Arnés cuerpo entero
X		Protector auditivo
X		Lazo dorsal
X		Ropa de trabajo reflectiva
X		Radio de comunicación
X		Otros EPP'S_____

SISTEMA DE PREVENCIÓN CONTRA CAIDAS

X		Evaluar necesidades de un observador/vigía
X		Uso malla de protección contra caídas de personas o materiales
X		Mantener calificación al área debajo del lugar de trabajo
X		Delimitar el área de trabajo
X		Mantener línea de vida instalada
X		Manejo de barandas
X		Manejo de cambrelas en el piso

PUNTOS DE ANCLAJE

X		Cuenta usted con los puntos de anclaje para cada trabajador
	X	Anclaje fijo ¿cuales?_____
	X	Anclaje portátil o con sistema de anclajes portátiles ¿cuales?_____

HERRAMIENTAS A UTILIZAR

Relacione aquí las herramientas a utilizar

EN CASO DE SUSPENSION DEL TRABAJO, EL PERMISO DEBERA SER CANCELADO, DEBIENDO SER EMITIDO UNO NUEVO

OBSERVACIONES:

RECOMENDACIONES:

RESPONSABLE DEL AREA Y SOLICITUD DE PERMISO		FIRMA
NOMBRE	Jhon Adams Linero N.	
CC.	70209163	
RESPONSABLE DE AUTORIZAR EL PERMISO		FIRMA
NOMBRE	Diana Lorena Franco	
CC.	1102371299	Diana Franco.

INSPECCIÓN PREVIA			
CUMPLIMIENTO TOTAL	AREA LIMPIA Y ORGANIZADA	VISTO BUENO SUPERVISOR	VISTO BUENO JEFE DE AREA
[ ] NO [ ] SI	[ ] NO [ ] SI	FIRMA:	FIRMA:

Asesoría, Montaje y Mantenimiento	**PERMISO DE TRABAJO EN ALTURA (PTA)**	CODIGO: SSTFOR -012 VERSION: 01 FECHA: 03 - 02 - 2016

Clasificación del PTA: POTENC. GRAVEDAD A | POTÉNC. GRAVEDAD B | POTENC.GRAVEDAD C

FECHA Y HORA DE INICIO: 08-06-21	FECHA Y HORA DE TERMINACIÓN: 12-06-21	TIEMPO TOTAL DE LA ACTIVIDAD: 8 h	OBRA: Metro K
ALTURA APROXIMADA: 4 mts		LUGAR DE TRABAJO: Planos X Estructuras	

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR:

LOS PARTICIPANTES EN LA ACTIVIDAD CUENTAN CON SEGURIDAD SOCIAL AL DIA (EPS, ARL, AFP): SI [X] NO [ ]

TIPOS DE ACTIVIDADES A SER EJECUTADAS

SI	NO	
X		Extracción de núcleos
	X	Cortes de concreto
	X	Demoliciones
	X	Obras, mantenimiento
X		Otras servicios_____

ANALISIS PRELIMINAR DE RIESGOS

SI	NO	
	X	Presencia de inflamables
	X	Presencia de humos metálicos o polvos
	X	Presencia de productos asfixiantes/irritantes
	X	Ambiente con temperaturas extremas
X		Ambiente con riesgo de choque eléctrico
	X	Ambientes con equipos presurizados
X		Ambiente con riesgo de caída del mismo nivel
X		Ambiente con riesgo a diferente nivel
	X	Ambiente con riesgo a derrame
	X	Ambiente con poca iluminación
	X	Ambiente con frecuente movimiento de puentes grúas
X		Otros riesgos _____

BLOQUEO DE ENERGIA

SI	NO		
X		Energía eléctrica	Lugar: Tablero
		Presión hidráulica	Lugar:
		Presión ofre comprimido	Lugar:
		Energía de movimiento	Lugar:
		Energía termina	Lugar:
		Productos químicos	Lugar:
		Energía potencial	Lugar:
		Otros _____	Lugar:

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LA REALIZACION DEL SERVICIO

SI	NO	
X		Instalar sanitillas para tirajo de materiales
X		Evitar interferencia de lugares energizados o con tránsito de personas
X		Garantizar la comunicación vía radio o telefónica
X		Mantener extintor de incendio en las proximidades del lugar
X		Instalar cerca aislando y señalizando el ambiente
X		Equipos de respiratorios de cargas bloqueadas (que estén en las proximidades)
X		Verificar pre-uso de equipos de altura
X		Mantener camilla de emergencia en sitios de trabajo
X		Mantenimiento preventivo montado en el carro de trabajo
X		Instalar iluminación complementaria
X		Utilizar andamio adecuado y aprobado tipo check-list
X		Usar herramientas con dispositivos anti caídas
X		Operadores estan identificados p/ trabajar en altura
X		Evaluar las horas de vida en tejedoras y calcular número de personas por linea.
		Otras medidas ¿cuales?_____

APTITUDES DEL PERSONAL

		Aprobó el examen médico y psicológico para trabajo en alturas
	X	No consumido medicamentos en las ultimas 24 horas ¿cuales?_____
	X	¿Miedo a las alturas (vertebo)?
	X	¿Sufre de epilepsia, mareos o vértigos?

SISTEMA DE ACCESO A UTILIZAR

X		Andamios
		Escalera
		Canastas
		Otros ¿cuales?_____

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

X		Lentes de Seguridad
X		Protector respiratorio
X		Botas de seguridad
X		Guantes
X		Casco con barbuquejo
X		Arnés cuerpo entero
X		Protector auditivo
		Uniformidad
X		Ropa de trabajo adecuada
		Kit de comunicación
		Otros EPPS_____

SISTEMA DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

X		Evaluar necesidades de un absorbedor/riel
X		Usar malla de protección contra caídas de personas o materiales
X		Mantener colindancia al área donde se trabaja del lugar de trabajo
X		Delimitar el área de trabajo
X		Chequear línea de vida (montaje)
X		Manejo de barandas
X		Manejo de desniveles en el piso

PUNTOS DE ANCLAJE

	X	¿Cuales usted con los puntos de anclaje para cada trabajador
	X	Anclaje fijo ¿cuales?_____
	X	Anclaje portátil en estructuras en concreto ¿cuales?_____

HERRAMIENTAS A UTILIZAR

Relacione aquí las herramientas a utilizar:

EN CASO DE SUSPENSION DEL TRABAJO, EL PERMISO DEBERA SER CANCELADO, DEBIENDO SER EMITIDO UNO NUEVO

RAZÓN DE CANCELACIÓN:

OBSERVACIONES:

RESPONSABLE DEL AREA Y EJECUTOR DEL PERMISO		FIRMA
NOMBRE	Wilmanias Linares P.	
C.C.	79761963	
RESPONSABLE DE AUTORIZAR EL PERMISO		**FIRMA**
NOMBRE	Diana Lorena Franco	
C.C.	1120391399	Diana Franco.

INSPECCIÓN PREVIA

CONFINADO	AREA LIMPIA Y ORDENADA	VISTO BUENO PREVENTIVO	VISTO BUENO OPERATIVO DE AREA
NO [ ] SI [ ]	NO [ ] SI [ ]	FIRMA:	FIRMA:

9

	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURA (PTA)	CODIGO: SSTFOR -012 VERSION: 01 FECHA: 03 - 02 - 2016

Clasificación del PTA: POTENC. GRAVEDAD A | POTENC. GRAVEDAD B | POTENC.GRAVEDAD C

FECHA Y HORA DE INICIO: 03-06-2021 | FECHA Y HORA DE TERMINACIÓN: 05-06-21 | TIEMPO TOTAL DE LA ACTIVIDAD: | OBRA: mcbak

ALTURA APROXIMADA: 64 mts | LUGAR DE TRABAJO: piso 1 x 6

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR:

LOS PARTICIPANTES EN LA ACTIVIDAD CUENTAN CON SEGURIDAD SOCIAL AL DIA (EPS, ARL, AFP): SI [X] NO [ ]

TIPOS DE ACTIVIDADES A SER EJECUTADAS

SI	NO	
X		Excavacion de pozos
	X	Cortes de concreto
	X	Demoliciones
	X	Obras, mantenimiento
X		Otros servicios_____

ANALISIS PRELIMINAR DE RIESGOS

SI	NO	
	X	Presencia de inflamables
	X	Presencia de humos metálicos o polvos
	X	Presencia de productos asfixiantes/irritantes
	X	Ambiente con temperaturas extremas
X		Ambiente con riesgo de choque eléctrico
	X	Ambiente con equipos presurizados
X		Ambiente con riesgo de caída del mismo nivel
X		Ambiente con riesgo a diferente nivel
	X	Ambiente con riesgo a derrame
	X	Ambiente con poca iluminación
	X	Ambiente con frecuente movimiento de puentes grúas
X		Otros riesgos _____

BLOQUEO DE ENERGIA

SI	NO			
X		Energia eléctrica	Lugar	tablero
		Presión hidráulica	Lugar	
		Presión aire comprimido	Lugar	
		Energía de movimiento	Lugar	
		Energía termina	Lugar	
		Productos químicos	Lugar	
		Energía potencial	Lugar	
		Otros _____	Lugar	

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LA REALIZACION DEL TRABAJO

SI	NO	
X		Instalar camellón para trafo de materiales
X		Evitar interferencia de lugares energizados o con transito de personas
X		Garantizar la comunicación vía radio o teléfono
X		Mantener extintor de incendio en las proximidades del lugar
X		Instalar avisos advirtiendo y cuidado con el ambiente
X		Equipos de respirantes de cargo bloqueados (que estén en las proximidades)
X		Verificar pruebas de equipos de alarma
X		Mantener cerrilla de emergencia en el área de trabajo
X		Uso sistema anticaída reentado en el sitio de trabajo
X		Instalar iluminación complementaria
X		Utilizar andamio adecuado y aprobado bajo check-list
X		Usar herramientas con dispositivos anticaídas
X		Trabajadores están identificados p/ trabajar en altura
X		Evaluar las líneas de vida en tejados y calcular número de personas por línea.
	X	Otras medidas ¿cuáles?_____

APTITUDES DEL PERSONAL

X		Aprobó el examen médico y psicotécnico para trabajo en altura
	X	Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas ¿cuales?_____
	X	¿Mareo a las alturas (parcialmente)?
	X	¿Sufre de epilepsia, mareos o vértigos?

SISTEMA DE ACCESO A UTILIZAR

X		Andamios
	X	Escaleras
	X	Canastas
	X	Otros ¿cuales?_____

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

X		Botas de Seguridad
X		Protector respiratorio
X		Gafas de seguridad
X		Guantes
X		Casco con barbuquejo
X		Arnés cuerpo entero
X		Protector auditivo
X		Uniforme jal
X		Ropa de trabajo reflectiva
X		Radio de comunicación
	X	Otros EPP's_____

SISTEMA DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

X		Evitar necesidades de trabajo en altura/alto
X		Usar malla de protección contra caídas de personas o materiales
X		Mantener estabilidad al área debajo del lugar de trabajo
X		Delimitar el área de trabajo
X		Mantener línea de vida horizontal
X		Ubicación de barreras
X		Anclaje de cinturones en el piso

PUNTOS DE ANCLAJE

	X	Cuenta usted con los puntos de anclaje por cada trabajador
	X	Anclaje fijo ¿cuales?
	X	Anclaje portátiles o contenedores de anclajes portátiles ¿cuales?_____

HERRAMIENTAS A UTILIZAR

Relacione aquí las herramientas a utilizar:

EN CASO DE SUSPENSION DEL TRABAJO, EL PERMISO DEBERA SER CANCELADO, DEBIENDO SER EMITIDO UNO NUEVO

RECOMENDACIONES:

OBSERVACIONES:

NOMBRE	[illegible]	FIRMA
C.C.	79709963	
NOMBRE DE ANTEOJAR EL PERMISO		FIRMA
NOMBRE	Diana Lorena Franco	Diana Franco.
C.C.	1102831399	

REVISADO POR	APROBADO POR	VISTO BUENO DEL SUPERVISOR	VISTO BUENO DEL JEFE DE AREA
NO [ ] SI [ ]	NO [ ] SI [ ]		FECHA: / /

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURA (PTA)

CODIGO: SSTFOR-012
VERSION: 01
FECHA: 03 - 02 - 2016

Clasificación del PTA: POTENC. GRAVEDAD A | POTENC. GRAVEDAD B | POTENC.GRAVEDAD C

FECHA Y HORA DE INICIO: 02/06/2021 | FECHA Y HORA DE TERMINACIÓN: 05/06/2021 | TIEMPO TOTAL DE LA ACTIVIDAD: 8h | OBRA: Melo 9

ALTURA APROXIMADA: 4mt | LUGAR DE TRABAJO: Piso 1 Ala cubierta

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR:

perforaciones y anclajes

LOS PARTICIPANTES EN LA ACTIVIDAD CUENTAN CON SEGURIDAD SOCIAL AL DIA (EPS, ARL, AFP) SI (X) NO ( )

TIPOS DE ACTIVIDADES A SER EJECUTADAS

SI	NO	
X		Extracción de núcleos
	X	Cortes de concreto
	X	Demoliciones
	X	Obras, mantenimiento
X		Otros servicios_____

ANALISIS PRELIMINAR DE RIESGOS

SI	NO	
	X	Presencia de inflamables
	X	Presencia de humos metálicos o polvos
	X	Presencia de productos asfixiantes/irritantes
	X	Ambiente con temperaturas extremas
X		Ambiente con riesgo de choque eléctrico
	X	Ambiente con equipos presurizados
X		Ambiente con riesgo de caída del mismo nivel
X		Ambiente con riesgo a diferente nivel
	X	Ambiente con riesgo a derrame
	X	Ambiente con poca iluminación
	X	Ambiente con frecuente movimiento de puentes grúa
X		Otros riesgos _____

BLOQUEO DE ENERGIA

SI	NO		
X		Energía eléctrica	Lugar tablero
		Presión hidráulica	Lugar
		Presión aire comprimido	Lugar
		Energía de movimiento	Lugar
		Energía térmica	Lugar
		Productos químicos	Lugar
		Energía potencial	Lugar
		Otros _____	Lugar

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LA REALIZACION DEL TRABAJO

SI	NO	
X		Instalar cinta/malla para bajo de materiales
X		Evaluar interferencia de lugares concurridos o con tránsito de personas
X		Garantizar la comunicación vía radio o telefónica
X		Mantener extintor de incendio en las proximidades del lugar
X		Instalar espacio adecuado y seguro en el ambiente
X		Equipos de respirantes de cargo bloqueados (que actúan en las proximidades)
X		Verificar pre-uso de equipos de alturas
X		Mantener cinta de encerramiento en el área de trabajo
X		Uso sistema anticaída montado en el arnés de trabajo
X		Instalar iluminación complementaria
X		Utilizar andamio adecuado y aprobado bajo check-list
X		Usar herramientas con dispositivos anti caídas
X		Operadores estan identificados p/ trabajos en altura
X		Evaluar las líneas de vida en tejados y anclar número de personas por línea.
	X	Otras medidas ¿cuales?_____

APTITUDES DEL PERSONAL

X		Aprobó el examen médico y psicotécnico para trabajo en alturas
	X	Ha consumido medicamentos en las ultimas 24 horas ¿cuales?_____
	X	¿Miedo a las alturas (vertebo)?
	X	¿Sufre de epilepsia, mareos o vértigos?

SISTEMA DE ACCESO A UTILIZAR

X		Andamios
	X	Escaleras
	X	Canastas
	X	Otros ¿cuales?_____

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

X		Botas de Seguridad
X		Protector respiratorio
X		Gafas de seguridad
X		Guantes
X		Casco con barbuquejo
X		Arnés cuerpo entero
X		Protector auditivo
	X	Uso obligatorio
X		Ropa de trabajo reflectiva
X		Radio de comunicación
	X	Otros EPP'S_____

SISTEMA DE PREVENCIÓN CONTRA CAIDAS

X		Evaluar necesidades de la observación/vigía
X		Usar malla de protección contra caídas de personas o materiales
X		Mantener señalizada el área debajo del lugar de trabajo
X		Delimitar el área de trabajo
X		Mantener línea de vida horizontal
X		Manejo de herramientas
X		Manejo de desniveles en el piso

PUNTOS DE ANCLAJE

	X	¿Cuenta usted con los puntos de anclaje por cada trabajador
	X	Anclaje fijo ¿cuales?_____
	X	Anclaje portátil o el existentes de anclajes portátiles ¿cuales?_____

HERRAMIENTAS A UTILIZAR

Relacione aquí las herramientas a utilizar

EN CASO DE SUSPENSION DEL TRABAJO, EL PERMISO DEBERA SER CANCELADO, DEBIENDO SER EMITIDO UNO NUEVO

RECOMENDACIONES:

OBSERVACIONES:

RESPONSABLE DEL AREA Y EJECUTA EL PERMISO		FIRMA
NOMBRE	Franklin Cousado	
C.C.	1043664789	
PERSONA AUTORIZADA EL PERMISO		FIRMA
NOMBRE	Diana Lorena Franco	Diana Franco.
C.C.	1120381399	

CAPACITACION REALIZADA	AREA LIMPIA Y ORGANIZADA	VISTO BUENO SEGURIDAD	VISTO BUENO RESPONSABLE DE AREA
NO / SI	NO / SI	FIRMA	FECHA: / /

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURA (PTA)

CODIGO: SSTFOR -012
VERSION: 01
FECHA: 03 - 02 - 2016

Clasificación del PTA: POTENC. GRAVEDAD A — POTENC. GRAVEDAD B — POTENC.GRAVEDAD C

FECHA Y HORA DE INICIO: 08/06/2021	FECHA Y HORA DE TERMINACIÓN: 12/06/21	TIEMPO TOTAL DE LA ACTIVIDAD: 8h	OBRA: Metro
ALTURA APROXIMADA: 4 mt		LUGAR DE TRABAJO: Piso 7 Ala cubierta	

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR:
Perforaciones y Anclajes

LOS PARTICIPANTES EN LA ACTIVIDAD CUENTAN CON SEGURIDAD SOCIAL AL DIA (EPS, ARL, AFP): SI ☐ NO ☐

TIPOS DE ACTIVIDADES A SER EJECUTADAS

SI	NO	
X		Extracción de núcleos
	X	Cortes de concreto
	X	Demoliciones
	X	Obras, mantenimiento
X		Otros servicios_____

ANALISIS PREUMINAR DE RIESGOS

SI	NO	
	X	Presencia de inflamables
	X	Presencia de humos metálicos o polvos
	X	Presencia de productos asfixiantes/irritantes
	X	Ambiente con temperaturas extremas
X		Ambiente con riesgo de choque eléctrico
	X	Ambiente con equipos presurizados
X		Ambiente con riesgo de caída del mismo nivel
X		Ambiente con riesgo a diferente nivel
	X	Ambiente con riesgo a derrame
	X	Ambiente con poca iluminación
	X	Ambiente con frecuente movimiento de puentes grúas
X		Otros riesgos _____

BLOQUEO DE ENERGIA

SI	NO			
X		Energía eléctrica	Lugar	tablero
		Presión hidráulica	Lugar	
		Presión aire comprimido	Lugar	
		Energía de movimiento	Lugar	
		Energía termina	Lugar	
		Productos químicos	Lugar	
		Energía potencial	Lugar	
		Otros _____	Lugar	

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LA REALIZACION DEL SERVICIO

SI	NO	
X		Instalar canastillas para izaje de materiales
X		Evaluar interferencia de lugares energizados o con transito de personas
X		Garantizar la comunicación vía radio o celularia
X		Mantener extintor de incendio en las proximidades del lugar
X		Instalar acceso adecuado y seguro en el ambiente
X		Equipos de movimientos de cargas bloqueados (que estén en las proximidades)
X		Verificar pre-uso de equipos de alturas
X		Mantener sonido de emergencia en obras de trabajo
X		Uso sistema anticaída montado en el cuerpo de trabajo
X		Instalar iluminación complementaria
X		Utilizar andamio adecuado y aprobado bajo checklist
X		Usar herramientas con dispositivos anti caídas
X		Ejecutantes estan identificados p/ trabajos en altura
X		Evaluar las líneas de vida en techos y calcular número de personas por línea.
	X	Otras medidas ¿cuáles?_____

APTITUDES DEL PERSONAL

SI	NO	
X		Aprobó el examen médico y psicológico para trabajo en alturas
	X	Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas ¿cuáles?_____
	X	¿Miedo a las alturas (acrofobia)?
	X	¿Sufre de epilepsia, mareos o vértigos?

SISTEMA DE ACCESO A UTILIZAR

SI	NO	
X		Andamios
	X	Escaleras
	X	Canastas
	X	Otros ¿cuales?_____

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

SI	NO	
X		Lentes de Seguridad
X		Protector respiratorio
X		Botas de seguridad
X		Guantes
X		Casco con barbuquejo
X		Arnés cuerpo entero
X		Protector auditivo
	X	Usar delantal
X		Ropa de trabajo adecuada
	X	Radio de comunicación
	X	Otros EPPS_____

SISTEMA DE PREVENCIÓN CONTRA CAIDAS

SI	NO	
X		Evaluar necesidades de un observador/vigía
X		Uso y uso de protección contra caídas de personas o materiales
X		Mantener señalizada el área debajo del lugar de trabajo
X		Delimitar el área de trabajo
X		Mantener línea de vida instalada
X		Manejo de herramientas
X		Manejo de desniveles en el piso

PUNTOS DE ANCLAJE

SI	NO	
	X	¿Cuenta usted con los puntos de anclaje por cada trabajador
	X	Anclaje fijo ¿cuales?_____
	X	Anclaje portátiles o conectores de anclajes portátiles ¿cuales?_____

HERRAMIENTAS A UTILIZAR

Relacionas aquí las herramientas a utilizar:

EN CASO DE SUSPENSION DEL TRABAJO, EL PERMISO DEBERA SER CANCELADO, DEBIENDO SER EMITIDO UNO NUEVO

RECOMENDACIONES:

OBSERVACIONES:

RESPONSABLE DEL AREA Y SOLICITAR EL PERMISO		FIRMA
NOMBRE	Franklin Quiroga	
C.C.	1043606782	
RESPONSABLE DE AUTORIZAR EL PERMISO		**FIRMA**
NOMBRE	Diana Lorena Franco	Diana Franco.
C.C.	1120371799	

INSPECCION FINAL

CONCLUSIÓN VERIFICADO	AREA LIMPIA Y ORGANIZADA	VISTO BUENO SOLICITANTE	VISTO RESPONSABLE DE AREA
☐ NO ☐ SI	☐ NO ☐ SI	FECHA: / /	FECHA: / /

Seguridad, Bienestar y Ergonomía	**PERMISO DE TRABAJO EN ALTURA (PTA)**	CODIGO: SSTFOR -012 VERSION: 01 FECHA: 03 - 02 - 2016

Clasificación del PTA: POTENC. GRAVEDAD A | POTENC. GRAVEDAD B | POTENC.GRAVEDAD C

FECHA Y HORA DE INICIO: 15/06/2021 | FECHA Y HORA DE TERMINACIÓN: 19/06/2021 | TIEMPO TOTAL DE LA ACTIVIDAD: 04 | OBRA: Metro

ALTURA APROXIMADA: 4m | LUGAR DE TRABAJO: Piso 1 Ala cubierta

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR:

Perforaciones y anclajes

LOS PARTICIPANTES EN LA ACTIVIDAD CUENTAN CON SEGURIDAD SOCIAL AL DIA (EPS, ARL, AFP) SI ☐ NO ☐

TIPOS DE ACTIVIDADES A SER EJECUTADAS

SI	NO	
X		Extracción de núcleos
	X	Cortes de concreto
	X	Demoliciones
	X	Obras, mantenimiento
X		Otros servicios_____

ANALISIS PRELIMINAR DE RIESGOS

SI	NO	
	X	Presencia de inflamables
	X	Presencia de humos metálicos o polvos
	X	Presencia de productos asfixiantes/irritantes
	X	Ambiente con temperaturas extremas
X		Ambiente con riesgo de choque eléctrico
	X	Ambiente con equipos presurizados
X		Ambiente con riesgo de caída del mismo nivel
X		Ambiente con riesgo a diferente nivel
	X	Ambiente con riesgo a derrame
	X	Ambiente con poca iluminación
X		Ambiente con frecuente movimiento de puentes grúas
X		Otros riesgos _____

BLOQUEO DE ENERGIA

SI	NO		
X		Energía eléctrica	Lugar trabajo
		Presión hidráulica	Lugar
		Presión aire comprimido	Lugar
		Energía de movimiento	Lugar
		Energía termina	Lugar
		Productos químicos	Lugar
		Energía potencial	Lugar
		Otros _____	Lugar

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LA REALIZACION DEL SERVICIO

SI	NO	
X		Instalar camastillas para izaje de materiales
X		Evaluar interferencia de lugares energizados o con tránsito de personas
X		Garantizar la comunicación vía radio o celulares
X		Mantener extintor de incendio en las proximidades del lugar
X		Instalar acceso adecuado y seguro en el ambiente
X		Equipos de movimientos de cargas bloqueados (que estén en las proximidades)
X		Verificar pre-uso de equipos de alturas
X		Mantener cuadrilla de emergencia en el área de trabajo
X		Uso sistema anticaída montado en el acceso de trabajo
X		Instalar señalización completa en obra
X		Utilizar andamio adecuado y aprobado bajo checklist
X		Usar herramientas con dispositivos anti caídas
X		Ejecutantes estan identificados p/ trabajos en altura
X		Evaluar los Enlace de vida en techos y evitar número de personas por línea.
	X	Otras medidas ¿cuales?_____

APTITUDES DEL PERSONAL

X		Aprobó el examen médico y psicológico para trabajo en altura
	X	He consumido medicamentos en las últimas 24 horas ¿cuales?_____
	X	¿Miedo a las alturas (acrofobia)?
	X	¿Sufre de epilepsia, mareos o vértigos?

SISTEMA DE ACCESO A UTILIZAR

	X	Andamios
	X	Escaleras
	X	Canastas
	X	Otras ¿cuales?_____

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

X		Lentes de Seguridad
X		Protector respiratorio
X		Botas de seguridad
X		Guantes
X		Casco con barbuquejo
X		Arnés cuerpo entero
X		Protector auditivo
X		Ropa de trabajo adecuada
X		Radio de comunicación
X		Otros EPPS_____

SISTEMA DE PREVENCIÓN CONTRA CAIDAS

X		Evaluar necesidades de un observador/vigía
X		Barrera de protección contra caídas de personas o materiales
X		Mantener señalizada el área debajo del lugar de trabajo
X		Delimitar el área de trabajo
X		Mantener línea de vida instalada
X		Manejo de barandas
X		Manejo de desniveles en el piso

PUNTOS DE ANCLAJE

X		¿Cuenta usted con los puntos de anclaje por cada trabajador
X		Anclaje fijo ¿cuales?_____
X		Anclaje portátiles o conectores de anclajes portátiles ¿cuales?_____

HERRAMIENTAS A UTILIZAR

Relacione aquí las herramientas a utilizar:

_____

_____

EN CASO DE SUSPENSION DEL TRABAJO, EL PERMISO DEBERA SER CANCELADO, DEBIENDO SER EMITIDO UNO NUEVO

RECOMENDACIONES:

OBSERVACIONES:

RESPONSABLES DEL AREA Y SOLICITAR EL PERMISO		FIRMA
NOMBRE	Franklin Lozada	
C.C.	1019060283	
RESPONSABLE DE AUTORIZAR EL PERMISO		**FIRMA**
NOMBRE	Diana Lorena Franco	Diana Franco.
C.C.	1120381399	

INSPECCION FINAL

CONCLUSIÓN/VENCIMIENTO	AREA LIMPIA Y ORDENADA	VISTO BUENO SOLICITANTE	VISTO RESPONSABLE DE AREA:
☐ NO ☐ SI	☐ NO	FECHA: / /	FECHA: / /

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURA (PTA)

CODIGO: SSTFOR -012
VERSION: 01
FECHA: 03 - 02 - 2016

Clasificación del PTA: POTENC. GRAVEDAD A | POTENC. GRAVEDAD B | POTENC.GRAVEDAD C

FECHA Y HORA DE INICIO: 21/06/2021 | FECHA Y HORA DE TERMINACIÓN: 26/06/2021 | TIEMPO TOTAL DE LA ACTIVIDAD: 8h | OBRA: Metro

ALTURA APROXIMADA: 4 mt | LUGAR DE TRABAJO: Piso 1 Ala cubiertas

DESCRIPCION DEL TRABAJO A REALIZAR:

perforaciones y Anclajes

LOS PARTICIPANTES EN LA ACTIVIDAD CUENTAN CON SEGURIDAD SOCIAL AL DIA (EPS, ARL, AFP)? SI [X] NO [ ]

TIPOS DE ACTIVIDADES A SER EJECUTADAS

SI	NO	
X		Extracción de núcleos
	X	Cortes de concreto
	X	Demoliciones
	X	Obras, mantenimiento
X		Otros servicios

ANALISIS PRELIMINAR DE RIESGOS

SI	NO	
	X	Presencia de inflamables
	X	Presencia de humos metálicos o polvos
	X	Presencia de productos asfixiantes/irritantes
	X	Ambiente con temperaturas extremas
X		Ambiente con riesgo de choque eléctrico
	X	Ambiente con equipos presurizados
X		Ambiente con riesgo de caída del mismo nivel
X		Ambiente con riesgo a diferente nivel
	X	Ambiente con riesgo a derrame
	X	Ambiente con poca iluminación
	X	Ambiente con frecuente movimiento de puentes grúas
X		Otros riesgos

BLOQUEO DE ENERGIA

SI	NO			
X		Energía eléctrica	Lugar	Tablero
		Presión hidráulica	Lugar	
		Presión aire comprimido	Lugar	
		Energía de movimiento	Lugar	
		Energía termina	Lugar	
		Productos químicos	Lugar	
		Energía potencial	Lugar	
		Otros	Lugar	

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LA REALIZACION DEL SERVICIO

SI	NO	
X		Instalar canastillas para izaje de materiales
X		Evaluar interferencia de lugares energizados o con transito de personas
X		Garantizar la comunicación vía radio o celular
X		Mantener extintor de incendio en las proximidades del lugar
X		Instalar acceso adecuado y seguro en el ambiente
X		Equipos de movimientos de cargas bloqueados (que actúen en las proximidades)
X		Verificar pre-uso de equipos de alturas
X		Mantener camilla de emergencia en el área de trabajo
X		Uso sistema anticaída montado en el área de trabajo
X		Instalar iluminación complementaria
X		Utilizar andamio adecuado y aprobado bajo check-list
X		Usar herramientas con dispositivos anti caídas
X		Ejecutantes están identificados p/ trabajos en altura
X		Evaluar las líneas de vida en tejados y definir número de personas por línea.
	X	Otras medidas ¿cuales?

APTITUDES DEL PERSONAL

SI	NO	
X		Aprobó el examen médico y psicológico para trabajo en altura
	X	Ha consumido medicamentos en las últimas 24 horas ¿cuales?
	X	¿Miedo a las alturas (acrofobia)?
	X	¿Sufre de epilepsia, mareos o vértigos?

SISTEMA DE ACCESO A UTILIZAR

X		Andamios
	X	Escaleras
	X	Canastas
	X	Otros ¿cuales?

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

X		Lentes de Seguridad
X		Protector respiratorio
X		Botas de seguridad
X		Guantes
X		Casco con barbuquejo
X		Arnés cuerpo entero
X		Protector auditivo
X		Usar Gabinete
X		Ropa de trabajo adecuado
X		Radio de comunicación
	X	Otros EPP'S

SISTEMA DE PREVENCIÓN CONTRA CAIDAS

X		Evaluar necesidades de un observador/vigía
X		Usar malla de protección contra caídas de personas o materiales
X		Mantener señalizada el área debajo del lugar de trabajo
X		Delimitar el área de trabajo
X		Mantener línea de vida instalada
X		Manejo de herramientas
X		Manejo de desniveles en el piso

PUNTOS DE ANCLAJE

	X	¿Cuenta usted con los puntos de anclaje para cada trabajador
	X	Anclaje fijo ¿cuales?
	X	Anclaje portátiles o conectores de anclajes portátiles ¿cuales?

HERRAMIENTAS A UTILIZAR

Relacionar aquí las herramientas a utilizar

EN CASO DE SUSPENSION DEL TRABAJO, EL PERMISO DEBERA SER CANCELADO, DEBIENDO SER EMITIDO UNO NUEVO

RECOMENDACIONES:

OBSERVACIONES:

RESPONSABLES DEL AREA Y SOLICITAR EL PERMISO		FIRMA
NOMBRE	Franklin Cavarcalo	
C.C.	1049606788	
RESPONSABLE DE AUTORIZAR EL PERMISO		**FIRMA**
NOMBRE	Diana Lorena Franco	Diana Franco.
C.C.	1120371399	

DISPOSICION FINAL

CONCLUSIÓN VERIFICADO	AREA LIMPIA Y ORGANIZADA	VISTO BUENO SOLICITANTE	VISTO RESPONSABLE DE AREA:
[ ] NO [ ] SI	[ ] NO [ ] SI	FECHA: / /	FECHA: / /

CS&L SAS

	PERMISO DE TRABAJO CSYL	Fecha	Pagina
		1/10/2019	Versión: 00
		Codigo de Documento	
		FT-SST-062	

Permiso No. _____ Proyecto MEBOG ARL _____

INICIO DEL PERMISO DE TRABAJO		
DD	MM	AAAA
7	6	2021
DESDE		
7:00		17:00

FIN DEL PERMISO DE TRABAJO		
DD	MM	AAAA
12	6	2021
DESDE		
7:00		17:00

ACTIVIDAD CRITICA A DESARROLLAR

Trabajo en Alturas	X		Trabajo de demolición			Espacios Confinados	X
Excavación			Izaje de Cargas			Trabajo Eléctrico	
Trabajo en Caliente			Otro			Cual?	

Para espacios confinados: Resultado del monitoreo de la atmosfera (gas medido, resultado y aprobación de la medida)::

RIESGOS PRESENTES

FISICOS		MECANICOS	
1. RUIDO	X	1. TRABAJOS EN ALTURA	X
2. ILUMINACIÓN DEFICIENTE.		2. ALMACENAMIENTO DE MATERIALES	
3. TEMPERATURA ALTA		3. CONTACTO CON SUPERFICIES CALIENTES	
4. TEMPERATURA BAJA		4. PROYECCIÓN DE PARTICULAS	X
5. VENTILACIÓN DEFICIENTE		5. SUPERFICIES LISAS O IRREGULARES	
6. RADIACION IONIZANTE		6. SISTEMAS PRESURIZADOS	
7. RADIACION NO IONIZANTE.		7. PRESION DE FLUIDOS	
8. SUPERFICIES CALIENTES		8. USO DE HERRAMIENTAS	X
BIOMECANICOS		9. OPER.DE MAQUINAS Y EQUIPOS	
1. SOBRE ESFUERZOS	X	**OTROS**	
2. MOVIMIENTOS REPETITIVOS	X	1. ESPACIO CONFINADO	X
3. POSTURAS INADECUADAS	X	2. APERTURA DE SIST. PROCESO	
4. MOVIMIENTOS FORZADOS	X	3. MANEJO DE EXPLOSIVOS	
5. MANEJO MANUAL DE CARGAS	X	4. POTENCIAL DE DERRAMES	
ELECTRICOS		5. GEN.DE RESIDUOS SOLIDOS/LIQUIDOS	
1. CONTACTO DIRECTO ELECTRIC.		6. VERTIMIENTOS	
2. INTERV. SISTEMAS ELECTRICOS		7. PRESENCIA DE ANIMALES	
3. LINEAS ENERGIZADAS		8. EROSIÓN / DESCAPOTE.	
4. USO HERRAMIENTAS ELECTRICAS.		9. POLUCIÓN	
QUIMICOS		**QUIMICOS**	
1. GASES / VAPORES INFLAMABLES		3. HUMOS	
2. MATERIAL PARTICULADO	X	4. LIQUIDOS / NEBLINAS	

MEDIDAS DE CONTROL

1. ILUMINACION ADICIONAL		11. CIERRE DE VIAS		21. RECIPIENTES DISPOSICION RESIDUOS.	
2. USO GUARDAS / MAMPARAS		12. SUSPENDER CELULARES		22. A.T.S. (Analisis del Trabajo Seguro)	X
3. ADECUACIÓN DE TERRENO	X	13. VERIFICACIÓN LISTAS DE CHEQUEO		23. USO DE CUERDA GUIA (VIENTOS)	
4. BLOQUEO Y ETIQUETADO		14. USO DE EQUIPO DE PROTECCION CC	X	24. PERSONAL CALIFICADO	X
5. SEÑALIZACIÓN DE AREA		15. DESPRESURIZAR		25. EQUIPO DE EMERGENCIA ADICIONAL	
6. MONITOREO DE ATMOSFERA		16. E.P.P. ESPECIAL		26. EQUIPO DE COMUNICACIONES	X
7. EXTINTORES PQS (ABC)		17. E.P.P. ADICIONAL		27. KIT DE DERRAMES EN AREA	
8. ATERRIZAR EQUIPOS		18. IMPLEMENTAR EL PROCEDIMIENTO		28. USO DE TELA OLEOFILICA	
9. BOTIQUIN PRIMEROS AUXILIOS.		19. INERTIZAR		29. INSTALACIÓN BARRERAS	
10. USO DE EXTRACTORES		20. HOJAS DE SEGURIDAD (MSDS)		30. OTRO.	

EPP

X	1. OVEROL (CAMISA, PANTALÓN)		7. PETO		13. EQUIPO AIRE AUTOCONTENIDO
X	2. CASCO	X	8. PROTECCIÓN EN MANOS		14. MASCARILLA POLVO/ HUMOS
X	3. BOTAS DE SEGURIDAD		9. VENTILACIÓN FORZADA		15. RESP. VAPORES ÁCIDOS
X	4. PROTECCIÓN DE OJOS	X	10. ARNÉS Y LÍNEA DE VIDA		16. REPIRADOR VAPORES ORG.
	5. PROTECCIÓN FACIAL		11. ESCAFANDRA		17. OTRO
X	6. PROTECCIÓN PARA OÍDOS		12. CUERDAS, GANCHOS		CUÁL?

REQUERIMIENTOS SST

REQUERIMIENTO	SI	NO	NA
El área a intervenir requiere mediciones ambientales?		X	
Se informó al personal sobre los riesgos operativos a que está expuesto?	X		
El personal conoce los procedimientos técnicos, de seguridad y control ambiental requeridos?	X		
El personal responsable de los trabajos conoce el uso de los elementos de protección personal requeridos?	X		
El nivel de riesgo del trabajo, el equipo o el área requiere la presencia de un supervisor permanente?	X		
El personal conoce y entiende su función dentro del plan de emergencia y/o contingencia?	X		
Se autoriza la utilización de equipo eléctrico estudiando su uso en condiciones seguras?	X		
Se tiene registro de las inspecciones realizadas de los sistemas de protección y/o prevención contra caídas?	X		
Se han verificado y se lleva registro de maquinaria y equipo requerido para la actividad?	X		
El personal cuenta con evaluación médica de aptitud?	X		

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

[X] Manuales [ ] Hidráulicas [ ] Eléctricas [ ] Mecánicas [ ] Neumáticas [ ] Otra

PERMISOS REQUERIDOS

X	Análisis de Trabajo Seguro (ATS)		Lista de chequeo trabajo en espacio confinado		Lista de chequeo trabajo en alturas
	Lista de chequeo para excavación		Otros. Cuales?		

CONDICIONES FISICAS DE LOS TRABAJADORES

CONDICION	TRABAJADORES 1		2		3		4		5	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
En las ultimsa 72 horas ha prentao alguno de los siguientes sintomas: Pérdida de conocimiento, enfereemedad de los oidos, transtornos del equilibro u otros sintomas a reportar?		X		X						
En las ultima horas 4 horas ha realizado ingesta de medicamentos antigripales o que producen sueño?										
En las ultimas 24 horas ha consumido licor u otras sustancias que afecten la actividad a desarrollar?										

TRABAJADORES

No.	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CEDULA	CARGO	ARL
1	Juan Vanegas	1049317075	tecnico	
2	marlon Sanabria Barreto	1022417419	Auxiliar tecnico	
3				
4				
5				

FIRMAS DE LOS TRABAJADORES

Con mi firma certifico que he leído y entendido este permiso de trabajo, del mismo modo observé las precauciones de seguridad y salud establecidas, así mismo estoy enterado del trabajo a realizar, los riesgos asociados, los procedimientos establecidos y las precauciones que debo tomar.

No.	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6
	7/06/2021	8/06/2021	9/06/2021	10/06/2021	11/06/2021	12/06/2021
1						
2						
3						
4						
5						

Nombre y número de cédula de la persona que autoriza (Coordinador) por parte del CONSORCIO	Firma
LAURA GERALDINE GOMEZ GUASCA C.C.1001314429	
Nombre y número cédula del inspector responsable (Contratista)	**Firma**

	PERMISO DE TRABAJO CSYL	Fecha	Pagina
			1
		1/10/2019	Versión: 00
		Codigo de Documento	
		FT-SST-062	

Permiso No. Proyecto MEBOG ARL

INICIO DEL PERMISO DE TRABAJO		
DD	MM	AAAA
31	5	2021
DESDE		
7:00		17:00

FIN DEL PERMISO DE TRABAJO		
DD	MM	AAAA
5	6	2021
DESDE		
7:00		17:00

ACTIVIDAD CRITICA A DESARROLLAR

Trabajo en Alturas	X		Trabajo de demolición			Espacios Confinados	X
Excavación			Izaje de Cargas			Trabajo Eléctrico	
Trabajo en Caliente			Otro			Cual?	

Para espacios confinados: Resultado del monitoreo de la atmosfera (gas medido, resultado y aprobación de la medida)::

RIESGOS PRESENTES

FISICOS		MECANICOS	
1. RUIDO	X	1. TRABAJOS EN ALTURA	X
2. ILUMINACIÓN DEFICIENTE.		2. ALMACENAMIENTO DE MATERIALES	
3. TEMPERATURA ALTA		3. CONTACTO CON SUPERFICIES CALIENTES	
4. TEMPERATURA BAJA		4. PROYECCIÓN DE PARTICULAS	X
5. VENTILACIÓN DEFICIENTE		5. SUPERFICIES LISAS O IRREGULARES	
6. RADIACION IONIZANTE		6. SISTEMAS PRESURIZADOS	
7. RADIACION NO IONIZANTE.		7. PRESION DE FLUIDOS	
8. SUPERFICIES CALIENTES		8. USO DE HERRAMIENTAS	X
BIOMECANICOS		9. OPER.DE MAQUINAS Y EQUIPOS	
1. SOBRE ESFUERZOS	X	OTROS	
2. MOVIMIENTOS REPETITIVOS	X	1. ESPACIO CONFINADO	X
3. POSTURAS INADECUADAS	X	2. APERTURA DE SIST. PROCESO	
4. MOVIMIENTOS FORZADOS	X	3. MANEJO DE EXPLOSIVOS	
5. MANEJO MANUAL DE CARGAS	X	4. POTENCIAL DE DERRAMES	
ELECTRICOS		5. GEN.DE RESIDUOS SOLIDOS/LIQUIDOS	
1. CONTACTO DIRECTO ELECTRIC.		6. VERTIMIENTOS	
2. INTERV. SISTEMAS ELECTRICOS		7. PRESENCIA DE ANIMALES	
3. LINEAS ENERGIZADAS		8. EROSIÓN / DESCAPOTE.	
4. USO HERRAMIENTAS ELECTRICAS.		9. POLUCIÓN	
QUIMICOS		QUIMICOS	
1. GASES / VAPORES INFLAMABLES		3. HUMOS	
2. MATERIAL PARTICULADO	X	4. LIQUIDOS / NEBLINAS	

MEDIDAS DE CONTROL

1. ILUMINACION ADICIONAL		11. CIERRE DE VIAS		21. RECIPIENTES DISPOSICION RESIDUOS.	
2. USO GUARDAS / MAMPARAS		12. SUSPENDER CELULARES		22. A.T.S. (Analisis del Trabajo Seguro)	X
3. ADECUACIÓN DE TERRENO	X	13. VERFICACIÓN LISTAS DE CHEQUEO		23. USO DE CUERDA GUIA (VIENTOS)	
4. BLOQUEO Y ETIQUETADO		14. USO DE EQUIPO DE PROTECCION CC	X	24. PERSONAL CALIFICADO	X
5. SEÑALIZACIÓN DE AREA		15. DESPRESURIZAR		25. EQUIPO DE EMERGENCIA ADICIONAL	
6. MONITOREO DE ATMOSFERA		16. E.P.P. ESPECIAL		26. EQUIPO DE COMUNICACIONES	X
7. EXTINTORES PQS (ABC)		17. E.P.P. ADICIONAL		27. KIT DE DERRAMES EN AREA	
8. ATERRIZAR EQUIPOS		18. IMPLEMENTAR EL PROCEDIMIENTO		28. USO DE TELA OLEOFILICA	
9. BOTIQUIN PRIMEROS AUXILIOS.		19. INERTIZAR		29. INSTALACIÓN BARRERAS	
10. USO DE EXTRACTORES		20. HOJAS DE SEGURIDAD (MSDS)		30. OTRO.	

EPP

X	1. OVEROL (CAMISA, PANTALÓN)		7. PETO		13. EQUIPO AIRE AUTOCONTENIDO
X	2. CASCO	X	8. PROTECCIÓN EN MANOS		14. MASCARILLA POLVO/ HUMOS
X	3. BOTAS DE SEGURIDAD		9. VENTILACIÓN FORZADA		15. RESP. VAPORES ÁCIDOS
X	4. PROTECCIÓN DE OJOS	X	10. ARNÉS Y LÍNEA DE VIDA		16. REPIRADOR VAPORES ORG.
	5. PROTECCIÓN FACIAL		11. ESCAFANDRA		17. OTRO
X	6. PROTECCIÓN PARA OÍDOS		12. CUERDAS, GANCHOS	CUÁL?	

REQUERIMIENTOS SST

REQUERIMIENTO	SI	NO	NA
El área a intervenir requiere mediciones ambientales?		X	
Se informó al personal sobre los riesgos operativos a que está expuesto?	X		
El personal conoce los procedimientos técnicos, de seguridad y control ambiental requeridos?	X		
El personal responsable de los trabajos conoce el uso de los elementos de protección personal requeridos?	X		
El nivel de riesgo del trabajo, el equipo o el área requiere la presencia de un supervisor permanente?	X		
El personal conoce y entiende su función dentro del plan de emergencia y/o contingencia?	X		
Se autoriza la utilización de equipo eléctrico asegurando su uso en condiciones seguras?	X		
Se tiene registro de las inspecciones realizadas de los sistemas de protección y/o prevención contra caídas?	X		
Se han verificado y se lleva registro de maquinaria y equipo requerido para la actividad?	X		
El personal cuenta con evaluación médica de aptitud?	X		

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

[X] Manuales [ ] Hidráulicas [ ] Eléctricas [ ] Mecánicas [ ] Neumáticas [ ] Otra

PERMISOS REQUERIDOS

[X] Análisis de Trabajo Seguro (ATS) [ ] Lista de chequeo trabajo en espacio confinado [ ] Lista de chequeo trabajo en alturas
[ ] Lista de chequeo para excavación [ ] Otros. Cuales?

CONDICIONES FISICAS DE LOS TRABAJADORES

CONDICION	TRABAJADORES 1 SI	1 NO	2 SI	2 NO	3 SI	3 NO	4 SI	4 NO	5 SI	5 NO
En las ultimas 72 horas ha prestao alguno de los siguientes sintomas: Pérdida de conocimiento, enfermedad de los oidos, trastornos del equilibrio u otros síntomas a reportar?		X		X						
En las ultima horas ó horas ha realizado ingesta de medicamentos antigripales o que producen sueño?										
En las ultimas 24 horas ha consumido licor u otras sustancias que alteren la actividad a desarrollar?										

TRABAJADORES

No.	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CEDULA	CARGO	ARL
1	Juan Vanegas		técnico	
2				
3				
4				
5				

FIRMAS DE LOS TRABAJADORES

Con mi firma certifico que he leído y entendido este permiso de trabajo, del mismo modo observé las precauciones de seguridad y salud establecidas, así mismo estoy enterado del trabajo a realizar, los riesgos asociados, los procedimientos establecidos y las precauciones que debo tomar.

No.	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6
	31/05/2021	1/06/2021	2/06/2021	3/06/2021	4/06/2021	5/06/2021
1						
2						
3						
4						
5						

Nombre y número de cédula de la persona que autoriza (Coordinador) por parte del CONSORCIO	Firma
LAURA GERALDINE GOMEZ GUASCA C.C.1001314429	laura Gomez
Nombre y número cédula del inspector responsable (Contratista)	**Firma**

CL CONSTRUCCIONES Y MANTENIMIENTOS SAS

	PERMISO DE TRABAJO	Código del Documento: FOR-SST-016	Versión 00	26/03/2021	Página 1 de 1

TIPO DE TRABAJO

PROYECTO: mebog

ACTIVIDAD A EJECUTAR: lisar muros y pintar.

PERMISO No.: _____

LOCALIZACIÓN: PISO 5 trabajando en el piso, no uso escaleras ni andamio, en la fase de trabeza en andamio una altura de 1,45 mts.

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
21	06	2021	7:00	A.M. X / P.M.	5:00	A.M. / P.M. X

FIN

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
26	06	2021	7:00	A.M. X / P.M.	5:00	A.M. / P.M. X

RIESGOS INVOLUCRADOS CON LA ACTIVIDAD A REALIZAR DURANTE EL DESARROLLO DEL TRABAJO

FISICOS		MECÁNICOS		QUIMICOS	
1. RUIDO	X	1. TRABAJOS EN ALTURA	X	1. GASES / VAPORES INFLAMABLES	
2. ILUMINACIÓN DEFICIENTE.	X	2. ALMACENAMIENTO DE MATERIALES		2. MATERIAL PARTICULADO	X
3. TEMPERATURA ALTA		3. CONTACTO CON SUPERFICIES CALIENTES		3. HUMOS	
4. TEMPERATURA BAJA		4. PROYECCIÓN DE PARTICULAS		4. LIQUIDOS	
5. VENTILACIÓN DEFICIENTE		5. SUPERFICIES LISAS O IRREGULARES		5. NEBLINAS	
6. RADIACION IONIZANTE		6. SISTEMAS PRESURIZADOS		6.	
7. RADIACION NO IONIZANTE.		7. PRESION DE FLUIDOS		7.	
8. SUPERFICIES CALIENTES		8. USO DE HERRAMIENTAS		8.	
9. USO FUENTES RADIACTIVAS		9. OPER.DE MAQUINAS Y EQUIPOS		10.	
10.		10.		11.	

ELECTRICOS		BIOMECÁNICOS		OTROS	
1. CONTACTO DIRECTO ELECTRIC.		1. SOBRE ESFUERZOS		1. ESPACIO CONFINADO	
2. INTERV. SISTEMAS ELECTRICOS		2. MOVIMIENTOS REPETITIVOS	X	2. APERTURA DE SIST. PROCESO	
3. LINEAS ENERGIZADAS		3. POSTURAS INADECUADAS		3. MANEJO DE EXPLOSIVOS	
4. USO HERRAMIENTAS ELECTRICAS.		4. MOVIMIENTOS FORZADOS		4. POTENCIAL DE DERRAMES	
5.		5. MANEJO MANUAL DE CARGAS		5. GEN.DE RESIDUOS SOLIDOS/LIQUIDOS	
6.		6.		6. VERTIMIENTOS	
7.		7.		7. PRESENCIA DE ANIMALES	
8.		8.		8. EROSIÓN / DESCAPOTE.	
				9. POLUCIÓN	

MEDIDAS DE CONTROL Y PREVENCIÓN (RESPONSABILIDAD DEL TRABAJADOR RESPONSABLE SST)

1. ILUMINACION ADICIONAL	X	11. CIERRE DE VIAS		21. RECIPIENTES DISPOCISION RESIDUOS.	
2. USO GUARDAS / MAMPARAS		12. SUSPENDER CELULARES		22. A.T.S. (Analisis del Trabajo Seguro)	
3. ADECUACIÓN DE TERRENO		13. VERIFICACIÓN LISTAS DE CHEQUEO		23. USO DE CUERDA GUIA (VIENTOS)	
4. BLOQUEO Y ETIQUETADO		14. USO DE EQUIPO DE PROTECCION CC	X	24. PERSONAL CALIFICADO	
5. SEÑALIZACIÓN DE AREA	X	15. DESPRESURIZAR		25. EQUIPO DE EMERGENCIA ADICIONAL	
6. MONITOREO DE ATMOSFERA		16. E.P.P. ESPECIAL		26. EQUIPO DE COMUNICACIONES	
7. EXTINTORES PQS (ABC)		17. E.P.P. ADICIONAL		27. KIT DE DERRAMES EN AREA	
8. ATERRIZAR EQUIPOS		18. IMPLEMENTAR EL PROCEDIMIENTO		28. USO DE TELA OLEOFILICA	
9. BOTIQUIN PRIMEROS AUXILIOS.		19. INERTIZAR		29. INSTALACIÓN BARRERAS	
10. USO DE EXTRACTORES		20. HOJAS DE SEGURIDAD (MSDS)		30. OTRO.	

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPO DE PROTECCIÓN COLECTIVA

1. OVEROL (CAMISA, PANTALÓN)	X	7. PETO		13. CUERDAS, GANCHOS	
2. CASCO	X	8. PROTECCIÓN EN MANOS	X	14. MASCARILLA POLVO/ HUMOS	X
3. BOTAS DE SEGURIDAD	X	9. VENTILACIÓN FORZADA		15. RESP. VAPORES ÁCIDOS	
4. PROTECCIÓN DE OJOS	X	10. ARNÉS Y LÍNEA DE VIDA		16. REPIRADOR VAPORES ORG.	
5. PROTECCIÓN FACIAL		11. EQUIPO AIRE AUTOCONTENIDO		17. OTRO	
6. PROTECCIÓN PARA OÍDOS	X	12. ESCAFANDRA			

EVALUACIÓN DE ATMOSFERAS PELIGROSAS (CUANDO APLIQUE)

CONCENTRACIÓN	RESULTADO		VALOR NORMAL		
O_2			ENTRE 19,5% Y 23,5%		
LEL			0		
H_2S			MENOR DE 10 PPM		
CO			MENOR 35 PPM		

MONITOREO ATMOSFERAS PELIGROSAS (CUANDO APLIQUE)

HORA				

CERTIFICACIÓN DE CONDICIONES (RESPONSABLE SST O COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS CUANDO APLIQUE)

CERTIFICO QUE HE VERIFICADO LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD Y SE ENCUENTRAN IMPLEMENTADAS PARA DAR INICIO A LA ACTIVIDAD

FIRMA: Jairo Gómez

NOMBRE: Jairo Gómez

No. Licencia S.O.: _____

ACTIVIDADES CRÍTICAS A EJECUTAR (MARCAR CON X LA QUE APLICA)

1. TRABAJO EN ALTURA	X
2. EXCAVACIÓN	
3. ESPACIO CONFINADO	
4. DEMOLICIÓN	

APROBACIÓN

CERTIFICO QUE EL TRABAJO PUEDE EJECUTARSE DE MANERA SEGURA

FIRMA (AUTORIDAD MAXIMA DEL AREA): _____

NOMBRE: _____

FINALIZACIÓN Y CIERRE DEL PERMISO

CERTIFICO QUE EL ÁREA Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS CON ESTE PERMISO ESTÁN EN CONDICIONES SEGURAS Y DE ORDEN Y ASEO.

FIRMA (RESPONSABLE SST O COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS -CUANDO APLIQUE): _____

NOMBRE: _____

No. Licencia S.O. _____

EL PERMISO DE TRABAJO PUEDE SER CANCELADO CUANDO SE INCUMPLA LO DESCRITO EN EL PROCEDIMIENTO DE ALTO RIESGO

REQUERIMIENTOS DE SEGURIDAD

Nº	Rutinarios	SI	NO	NA	Observaciones
01	El área a intervenir requiere mediciones ambientales?		X		
02	Se informó al personal sobre los riesgos operativos a que está expuesto?	X			
03	El personal conoce los procedimientos técnicos, de seguridad y control ambiental requeridos?	X			
04	El personal responsable de los trabajos conoce el uso de los elementos de protección personal requeridos?	X			
05	El nivel de riesgo del trabajo, el equipo o el área requiere la presencia de un supervisor permanente?	X			
06	El personal conoce y entiende su función dentro del plan de emergencia y/o contingencia?	X			
07	Se autoriza la utilización de equipo eléctrico estudiando su uso en condiciones seguras?	X			
08	Se tiene registro de las inspecciones realizadas de los sistemas de protección y/o prevención contra caídas?	X			
09	Se han verificado y se lleva registro de maquinaria y equipo requerido para la actividad?	X			
10	El personal cuenta con evaluación médica de aptitud?	X			

MAQUINARIA, EQUIPOS O ELEMENTOS ESPECIALES

TRABAJO ELECTRICO		EXCAVACIONES		ESPACIOS CONFINADOS		TRABAJO CALIENTE		TRABAJO EN ALTURAS	
EPP Dieléctricos		EPP impermeables		EPP impermeables		EPP Contrarrestante		EPCC Certificados	X
Extintor		Entibado resistente		Medición de gases		Extintor		Sistema de acceso seguro	X
Señalización		Señalización		Señalización		Señalización		Plataformas aseguradas	X
Delimitación de área		Delimitación de área		Equipo de autocontenido		Delimitación de área		Superficie o base nivelada	X
Iluminación		Iluminación		Acompañamiento		Iluminación		Andamios completamente armados	X
						Actimatización de área		Distancia mínima con líneas energizadas	X
Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia	
Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso	

OPERACIONES O ACTIVIDADES SIMULTANEAS

Nº									SI	NO	NA
01	Se esta(n) realizando otro(s) trabajo(s) que pueda(n) afectar las seguridad y el buen desarrollo a lo señalado en este permiso?									X	
02	Nombre del o los contratistas involucrados:	1			2			3			
03	Nombre del responsable SST:	1			2			3			
04	Las actividades se pueden realizar bajo medidas de control		SI	NO	Especifique las medidas:						
05	¿Se aprueba entre las partes permiso?	SI		NO	Firma responsable de SST	1		2		3	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales	X	Hidráulicas	
Eléctricas		Mecánicas	
Neumáticas		Otra	

PERMISOS Y CERTIFICADOS REQUERIDOS

Análisis de Trabajo Seguro (ATS)	X	Lista de chequeo Trabajo espacio confinado	
Lista chequeo de equipos de protección caídas y Lista de verificación para trabajo en alturas	X	Lista de chequeo para excavación	
Otro. Cual:_____		Otro. Cual:_____	

PROGRAMAS O PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

Nombre del Documento:		Código y versión:
Nombre del Documento:		Código y versión:
Nombre del Documento:		Código y versión:

CONDICIONES FISICAS

CONDICIONES FISICAS	TRABAJADOR 1		TRABAJADOR 2		TRABAJADOR 3		TRABAJADOR 4		TRABAJADOR 5		TRABAJADOR 6	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Traumas en cráneo y/o cara con pérdida de conocimiento, o intenso aturdimiento, ocurrido en la últimas 72 horas?		X										
Enfermedad del oído que ameritó tratamiento médico en las últimas 72 horas?		X										
Ingesta de medicamentos antigripales o que producen sueño 4 horas antes del inicio de la jornada de trabajo, prescrito por médico y con recomendaciones laborales por escrito?		X										
Aparición repentina de síntomas, con o sin aumento de intensidad en las últimas 72 horas, que producen trastornos del equilibrio?		X										

CONDICIONES FISICAS

CONDICIONES FISICAS	TRABAJADOR 1		TRABAJADOR 2		TRABAJADOR 3		TRABAJADOR 4		TRABAJADOR 5		TRABAJADOR 6	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Traumas en cráneo y/o cara con pérdida de conocimiento, o intenso aturdimiento, ocurrido en la últimas 72 horas?												
Enfermedad del oído que ameritó tratamiento médico en las últimas 72 horas?												
Ingesta de medicamentos antigripales o que producen sueño 4 horas antes del inicio de la jornada de trabajo, prescrito por médico y con recomendaciones laborales por escrito?												
Aparición repentina de síntomas, con o sin aumento de intensidad en las últimas 72 horas, que producen trastornos del equilibrio?												

He leído y entendido este permiso de trabajo, observé las precauciones de seguridad y salud establecidas. Estoy enterado del trabajo a realizar, los riesgos asociados y se que precauciones debo tomar.

TRABAJADORES AUTORIZADOS

Nº	NOMBRE	No CEDULA	CARGO	ARL	FIRMA	HORA INICIO	HORA FINAL	FECHA INICIO	FECHA FINAL
01	Ivisanilla	7723958	Pintor	axa					
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									

	PERMISO DE TRABAJO	Código del Documento
		FOR-SST-016
		Versión 00 | 26/03/2021
		Página 1 de 1

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: mebog

ACTIVIDAD A EJECUTAR: estucar y ligar muros

PERMISO No.: _____

LOCALIZACIÓN: Piso 6, trabajando en andamio altura 1,55 mts, y en el piso.

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
21	06	2021	7:00	A.M. X / P.M.	5:00	A.M. / P.M. X

FIN

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
26	06	2024	7:00	A.M. X / P.M.	5:00	A.M. / P.M. X

RIESGOS INVOLUCRADOS CON LA ACTIVIDAD A REALIZAR DENTRO DEL ESPACIO DE TRABAJO

FISICOS		MECÁNICOS		QUÍMICOS	
1. RUIDO	X	1. TRABAJOS EN ALTURA	X	1. GASES / VAPORES INFLAMABLES	
2. ILUMINACIÓN DEFICIENTE	X	2. ALMACENAMIENTO DE MATERIALES		2. MATERIAL PARTICULADO	X
3. TEMPERATURA ALTA		3. CONTACTO CON SUPERFICIES CALIENTES		3. HUMOS	
4. TEMPERATURA BAJA		4. PROYECCIÓN DE PARTICULAS		4. LIQUIDOS	
5. VENTILACIÓN DEFICIENTE		5. SUPERFICIES LISAS O IRREGULARES		5. NEBLINAS	
6. RADIACION IONIZANTE		6. SISTEMAS PRESURIZADOS		6.	
7. RADIACION NO IONIZANTE.		7. PRESION DE FLUIDOS		7.	
8. SUPERFICIES CALIENTES		8. USO DE HERRAMIENTAS		8.	
9. USO FUENTES RADIACTIVAS		9. OPER.DE MAQUINAS Y EQUIPOS		10.	
10.		10.		11.	

ELECTRICOS		BIOMECÁNICOS		OTROS	
1. CONTACTO DIRECTO ELECTRIC.		1. SOBRE ESFUERZOS	X	1. ESPACIO CONFINADO	
2. INTERV. SISTEMAS ELECTRICOS		2. MOVIMIENTOS REPETITIVOS	X	2. APERTURA DE SIST. PROCESO	
3. LINEAS ENERGIZADAS		3. POSTURAS INADECUADAS		3. MANEJO DE EXPLOSIVOS	
4. USO HERRAMIENTAS ELECTRICAS.		4. MOVIMIENTOS FORZADOS		4. POTENCIAL DE DERRAMES	
5.		5. MANEJO MANUAL DE CARGAS		5. GEN.DE RESIDUOS SOLIDOS/LIQUIDOS	
6.		6.		6. VERTIMIENTOS	
7.		7.		7. PRESENCIA DE ANIMALES	
8.		8.		8. EROSIÓN / DESCAPOTE.	
				9. POLUCIÓN	

MEDIDAS DE CONTROL, PREVENCIÓN Y EJECUTOR DEL TRABAJO (RESPONSABLE SST)

1. ILUMINACION ADICIONAL	X	11. CIERRE DE VIAS		21. RECIPIENTES DISPOCISION RESIDUOS.	
2. USO GUARDAS / MAMPARAS		12. SUSPENDER CELULARES		22. A.T.S. (Analisis del Trabajo Seguro)	X
3. ADECUACIÓN DE TERRENO		13. VERFICACIÓN LISTAS DE CHEQUEO		23. USO DE CUERDA GUIA (VIENTOS)	
4. BLOQUEO Y ETIQUETADO		14. USO DE EQUIPO DE PROTECCION CC	X	24. PERSONAL CALIFICADO	
5. SEÑALIZACIÓN DE AREA	X	15. DESPRESURIZAR		25. EQUIPO DE EMERGENCIA ADICIONAL	
6. MONITOREO DE ATMOSFERA		16. E.P.P. ESPECIAL		26. EQUIPO DE COMUNICACIONES	
7. EXTINTORES PQS (ABC)		17. E.P.P. ADICIONAL		27. KIT DE DERRAMES EN AREA	
8. ATERRIZAR EQUIPOS		18. IMPLEMENTAR EL PROCEDIMIENTO		28. USO DE TELA OLEOFILICA	
9. BOTIQUIN PRIMEROS AUXILIOS.		19. INERTIZAR		29. INSTALACIÓN BARRERAS	
10. USO DE EXTRACTORES		20. HOJAS DE SEGURIDAD (MSDS)		30. OTRO.	

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

1. OVEROL (CAMISA, PANTALÓN)	X	7. PETO		13. CUERDAS, GANCHOS	
2. CASCO	X	8. PROTECCIÓN EN MANOS	X	14. MASCARILLA POLVO/ HUMOS	X
3. BOTAS DE SEGURIDAD	X	9. VENTILACIÓN FORZADA		15. RESP. VAPORES ÁCIDOS	
4. PROTECCIÓN DE OJOS	X	10. ARNÉS Y LÍNEA DE VIDA		16. REPIRADOR VAPORES ORG.	X
5. PROTECCIÓN FACIAL		11. EQUIPO AIRE AUTOCONTENIDO		17. OTRO	
6. PROTECCIÓN PARA OÍDOS	X	12. ESCAFANDRA			

EVALUACIÓN DE ATMOSFERAS PELIGROSAS (CUANDO APLIQUE)

TIPO	EQUIPO	HORA	VALOR	VALOR
O_2			ENTRE 19,5% Y 23,5%	
LEL			0	
H_2S			MENOR DE 10 PPM	
CO			MENOR 35 PPM	

MONITOREO AMBIENTES PELIGROSOS CONFINADOS

HORA				

AUTORIZACIÓN (SOLO PARA TRABAJOS DE ALTURA)

1. TRABAJO EN ALTURA	X
2. EXCAVACIÓN	
3. ESPACIO CONFINADO	
4. DEMOLICIÓN	

ELABORACIÓN (RESPONSABLE SST O COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS SEGÚN APLIQUE)

CERTIFICO QUE HE VERIFICADO LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD Y SE ENCUENTRAN IMPLEMENTADAS PARA DAR INICIO A LA ACTIVIDAD

FIRMA: Laura Gómez

NOMBRE:

Laura Gómez

No. Licencia S.O.:

APROBACIÓN

CERTIFICO QUE EL TRABAJO PUEDE EJECUTARSE DE MANERA SEGURA

FIRMA (AUTORIDAD MAXIMA DEL AREA):

NOMBRE:

FINALIZACIÓN Y CIERRE PERMISO

CERTIFICO QUE EL ÁREA Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS CON ESTE PERMISO ESTÁN EN CONDICIONES SEGURAS Y DE ORDEN Y ASEO.

FIRMA (RESPONSABLE SST O COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS -CUANDO APLIQUE):

NOMBRE:

No. Licencia S.O.

EL PERMISO DE TRABAJO PUEDE SER CANCELADO CUANDO SE INCUMPLA LO DESCRITO EN EL PROCEDIMIENTO DE ALTO RIESGO

REQUERIMIENTOS DE SEGURIDAD

N°	Rutinarios	SI	NO	NA	Observaciones
01	El área a intervenir requiere mediciones ambientales?		X		
02	Se informó al personal sobre los riesgos operativos a que está expuesto?	X			
03	El personal conoce los procedimientos técnicos, de seguridad y control ambiental requeridos?	X			
04	El personal responsable de los trabajos conoce el uso de los elementos de protección personal requeridos?	X			
05	El nivel de riesgo del trabajo, el equipo o el área requiere la presencia de un supervisor permanente?	X			
06	El personal conoce y entiende su función dentro del plan de emergencia y/o contingencia?	X			
07	Se autoriza la utilización de equipo eléctrico estudiando su uso en condiciones seguras?	X			
08	Se tiene registro de las inspecciones realizadas de los sistemas de protección y/o prevención contra caídas?	X			
09	Se han verificado y se lleva registro de maquinaria y equipo requerido para la actividad?	X			
10	El personal cuenta con evaluación médica de aptitud?	X			

MAQUINARIA, EQUIPOS O ELEMENTOS ESPECIALES

ELECTRICO		EXCAVACIONES		ESPACIOS CONFINADOS		TRABAJO EN CALIENTE		TRABAJO EN ALTURAS	
EPP Dieléctricos		EPP Impermeables		EPP Impermeables		EPP Contrarrestante		EPCC Certificados	X
Extintor		Entibado resistente		Medición de gases		Extintor		Sistema de acceso seguro	X
Señalización		Señalización		Señalización		Señalización		Plataformas aseguradas	X
Delimitación de área		Delimitación de área		Equipo de autocontenido		Delimitación de área		Superficie o base nivelada	X
Iluminación		Iluminación		Acompañamiento		Iluminación		Andamios completamente armados	X
						Aclimatización de área		Distancia mínima con líneas energizadas	X
Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia	
Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso	

OBSERVACIONES DE CONTRATISTAS Y VISITANTES

N°									SI	NO	NA
01	Se esta(n) realizando otro(s) trabajo(s) que pueda(n) afectar las seguridad y el buen desarrollo a lo señalado en este permiso?									X	
02	Nombre del o los contratistas involucrados:	1	Luis Cespedes		2			3			
03	Nombre del responsable SST:	1	Luis Cespedes		2			3			
04	Las actividades se pueden realizar bajo medidas de control	SI	X	NO	Especifique las medidas:		Aislar andamio				
05	¿Se aprueba entre las partes permiso?	SI	X	NO	Firma responsable de SST	1		2		3	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales	X	Hidráulicas	
Eléctricas		Mecánicas	
Neumáticas		Otra	

PERMISOS Y AUTORIZACIONES REQUERIDOS

Análisis de Trabajo Seguro (ATS)	X	Lista de chequeo Trabajo espacio confinado	
Lista chequeo de equipos de protección caídas y Lista de verificación para trabajo en alturas	X	Lista de chequeo para excavación	
Otro. Cual:_____		Otro. Cual:_____	

PROGRAMAS Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

Nombre del Documento:		Código y versión:	
Nombre del Documento:		Código y versión:	
Nombre del Documento:		Código y versión:	

CONDICIONES DE SALUD

CONDICIONES DE SALUD	TRABAJADOR 1 SI	TRABAJADOR 1 NO	TRABAJADOR 2 SI	TRABAJADOR 2 NO	TRABAJADOR 3 SI	TRABAJADOR 3 NO	TRABAJADOR 4 SI	TRABAJADOR 4 NO	TRABAJADOR 5 SI	TRABAJADOR 5 NO	TRABAJADOR 6 SI	TRABAJADOR 6 NO
Traumas en cráneo y/o cara con pérdida de conocimiento, o intenso aturdimiento, ocurrido en la últimas 72 horas?		X		X		X						
Enfermedad del oído que ameritó tratamiento médico en las últimas 72 horas?		X		X		X						
Ingesta de medicamentos antigripales o que producen sueño 4 horas antes del inicio de la jornada de trabajo, prescrito por médico y con recomendaciones laborales por escrito?		X		X		X						
Aparición repentina de síntomas, con o sin aumento de intensidad en las últimas 72 horas, que producen trastornos del equilibrio?		X		X		X						

CONDICIONES DE SALUD

CONDICIONES DE SALUD	TRABAJADOR 7 SI	TRABAJADOR 7 NO	TRABAJADOR 8 SI	TRABAJADOR 8 NO	TRABAJADOR 9 SI	TRABAJADOR 9 NO	TRABAJADOR 10 SI	TRABAJADOR 10 NO	TRABAJADOR 11 SI	TRABAJADOR 11 NO	TRABAJADOR 12 SI	TRABAJADOR 12 NO
Traumas en cráneo y/o cara con pérdida de conocimiento, o intenso aturdimiento, ocurrido en la últimas 72 horas?												
Enfermedad del oído que ameritó tratamiento médico en las últimas 72 horas?												
Ingesta de medicamentos antigripales o que producen sueño 4 horas antes del inicio de la jornada de trabajo, prescrito por médico y con recomendaciones laborales por escrito?												
Aparición repentina de síntomas, con o sin aumento de intensidad en las últimas 72 horas, que producen trastornos del equilibrio?												

He leído y entendido este permiso de trabajo, observé las precauciones de seguridad y salud establecidas. Estoy enterado del trabajo a realizar, los riesgos asociados y se que precauciones debo tomar.

TRABAJADORES AUTORIZADOS

No	NOMBRE	IDENTIDAD	CARGO	FIRMA	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA
01	Roberto Cardenas	80126154	Ofi	axa	X	1	X	—	—	—	
02	Fabio B.	1006026.501.	ofi	axa	fabio	1	—	—	—	—	
03	Stalic Obando	1143577756	pintor	axa	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
04											
05											
06											
07											
08											

	PERMISO DE TRABAJO	Código del Documento
		FOR-SST-016
		Versión 00 | 25/03/2021
		Página 1 de 1

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: mebog

ACTIVIDAD A EJECUTAR: estucar y pintar

PERMISO No.: _____

LOCALIZACIÓN: Piso 2 auditorio altura 1,55 mts en adelante

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
21	06	2021	7:00	A.M. X / P.M.	5:00	A.M. / P.M. X

FIN

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
26	06	2021	7:000	A.M. X / P.M.	5:00	A.M. / P.M. X

PELIGROS (NO CONTROLADOS) ACTIVIDAD (REALIZAR TODOS LOS PUNTOS DE TRABAJO)

FISICOS		MECÁNICOS		QUIMICOS	
1. RUIDO	X	1. TRABAJOS EN ALTURA	X	1. GASES / VAPORES INFLAMABLES	
2. ILUMINACIÓN DEFICIENTE.		2. ALMACENAMIENTO DE MATERIALES		2. MATERIAL PARTICULADO	X
3. TEMPERATURA ALTA		3. CONTACTO CON SUPERFICIES CALIENTES		3. HUMOS	
4. TEMPERATURA BAJA		4. PROYECCIÓN DE PARTICULAS		4. LIQUIDOS	
5. VENTILACIÓN DEFICIENTE		5. SUPERFICIES LISAS O IRREGULARES		5. NEBLINAS	
6. RADIACION IONIZANTE		6. SISTEMAS PRESURIZADOS		6.	
7. RADIACION NO IONIZANTE.		7. PRESION DE FLUIDOS		7.	
8. SUPERFICIES CALIENTES		8. USO DE HERRAMIENTAS		8.	
9. USO FUENTES RADIACTIVAS		9. OPER.DE MAQUINAS Y EQUIPOS		10.	
10.		10.		11.	

ELECTRICOS		BIOMECÁNICOS		OTROS	
1. CONTACTO DIRECTO ELECTRIC.		1. SOBRE ESFUERZOS		1. ESPACIO CONFINADO	
2. INTERV. SISTEMAS ELECTRICOS		2. MOVIMIENTOS REPETITIVOS	X	2. APERTURA DE SIST. PROCESO	
3. LINEAS ENERGIZADAS		3. POSTURAS INADECUADAS		3. MANEJO DE EXPLOSIVOS	
4. USO HERRAMIENTAS ELECTRICAS.		4. MOVIMIENTOS FORZADOS		4. POTENCIAL DE DERRAMES	
5.		5. MANEJO MANUAL DE CARGAS		5. GEN.DE RESIDUOS SOLIDOS/LIQUIDOS	
6.		6.		6. VERTIMIENTOS	
7.		7.		7. PRESENCIA DE ANIMALES	
8.		8.		8. EROSIÓN / DESCAPOTE.	
				9. POLUCIÓN	

MEDIDAS DE CONTROL Y PREVENCION (EJECUTOR DEL TRABAJO Y RESPONSABLE SST)

1. ILUMINACION ADICIONAL		11. CIERRE DE VIAS		21. RECIPIENTES DISPOCISION RESIDUOS.	
2. USO GUARDAS / MAMPARAS		12. SUSPENDER CELULARES		22. A.T.S. (Analisis del Trabajo Seguro)	X
3. ADECUACIÓN DE TERRENO		13. VERIFICACIÓN LISTAS DE CHEQUEO		23. USO DE CUERDA GUIA (VIENTOS)	
4. BLOQUEO Y ETIQUETADO		14. USO DE EQUIPO DE PROTECCION CC	X	24. PERSONAL CALIFICADO	
5. SEÑALIZACIÓN DE AREA	X	15. DESPRESURIZAR		25. EQUIPO DE EMERGENCIA ADICIONAL	
6. MONITOREO DE ATMOSFERA		16. E.P.P. ESPECIAL		26. EQUIPO DE COMUNICACIONES	
7. EXTINTORES PQS (ABC)		17. E.P.P. ADICIONAL		27. KIT DE DERRAMES EN AREA	
8. ATERRIZAR EQUIPOS		18. IMPLEMENTAR EL PROCEDIMIENTO		28. USO DE TELA OLEOFILICA	
9. BOTIQUIN PRIMEROS AUXILIOS.		19. INERTIZAR		29. INSTALACIÓN BARRERAS	
10. USO DE EXTRACTORES		20. HOJAS DE SEGURIDAD (MSDS)		30. OTRO.	

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL (EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS)

1. OVEROL (CAMISA, PANTALÓN)	X	7. PETO		13. CUERDAS, GANCHOS	
2. CASCO	X	8. PROTECCIÓN EN MANOS	X	14. MASCARILLA POLVO/ HUMOS	
3. BOTAS DE SEGURIDAD	X	9. VENTILACIÓN FORZADA		15. RESP. VAPORES ÁCIDOS	
4. PROTECCIÓN DE OJOS	X	10. ARNÉS Y LÍNEA DE VIDA	X	16. REPIRADOR VAPORES ORG.	
5. PROTECCIÓN FACIAL		11. EQUIPO AIRE AUTOCONTENIDO		17. OTRO	
6. PROTECCIÓN PARA OÍDOS	X	12. ESCAFANDRA			

EVALUACIÓN DE ATMOSFERAS PELIGROSAS (ESPACIOS CONFINADOS)

TIPO DE GAS	VALOR		VALOR	
O_2			ENTRE 19,5% Y 23,5%	
LEL			0	
H_2S			MENOR DE 10 PPM	
CO			MENOR 35 PPM	

MONITOREO ATMOSFERAS PELIGROSAS (ESPACIOS CONFINADOS)

HORA				

APERTURA (RESPONSABLE SST O COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS -CUANDO APLIQUE)

CERTIFICO QUE HE VERIFICADO LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD Y SE ENCUENTRAN IMPLEMENTADAS PARA DAR INICIO A LA ACTIVIDAD

FIRMA: laura Gómez

NOMBRE: laura Gómez

No. Licencia S.O.: _____

ACTIVIDAD CRITICA A EJECUTAR (SELECCIONAR SI ES APLICA)

1. TRABAJO EN ALTURA	X
2. EXCAVACIÓN	
3. ESPACIO CONFINADO	
4. DEMOLICIÓN	

APROBACIÓN

CERTIFICO QUE EL TRABAJO PUEDE EJECUTARSE DE MANERA SEGURA

FIRMA (AUTORIDAD MAXIMA DEL AREA): _____

NOMBRE: _____

FINALIZACIÓN Y CIERRE PERMISO

CERTIFICO QUE EL ÁREA Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS CON ESTE PERMISO ESTÁN EN CONDICIONES SEGURAS Y DE ORDEN Y ASEO.

FIRMA (RESPONSABLE SST O COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS -CUANDO APLIQUE): _____

NOMBRE: _____

No. Licencia S.O. _____

EL PERMISO DE TRABAJO PUEDE SER CANCELADO CUANDO SE INCUMPLA LO DESCRITO EN EL PROCEDIMIENTO DE ALTO RIESGO

REQUERIMIENTOS DE SEGURIDAD

Nº	Rutinarios	SI	NO	NA	Observaciones
01	El área a intervenir requiere mediciones ambientales?		X		
02	Se informó al personal sobre los riesgos operativos a que está expuesto?	X			
03	El personal conoce los procedimientos técnicos, de seguridad y control ambiental requeridos?	X			
04	El personal responsable de los trabajos conoce el uso de los elementos de protección personal requeridos?	X			
05	El nivel de riesgo del trabajo, el equipo o el área requiere la presencia de un supervisor permanente?	X			
06	El personal conoce y entiende su función dentro del plan de emergencia y/o contingencia?	X			
07	Se autoriza la utilización de equipo eléctrico estudiando su uso en condiciones seguras?	X			
08	Se tiene registro de las inspecciones realizadas de los sistemas de protección y/o prevención contra caídas?	X			
09	Se han verificado y se lleva registro de maquinaria y equipo requerido para la actividad?	X			
10	El personal cuenta con evaluación médica de aptitud?	X			

MAQUINARIA, EQUIPOS O ELEMENTOS ESPECIALES

ELECTRICO		EXCAVACIONES		ESPACIOS CONFINADOS		TRABAJOS EN CALIENTE		TRABAJO EN ALTURAS	
EPP Dieléctricos		EPP Impermeables		EPP Impermeables		EPP Contrarrestante		EPCC Certificados	X
Extintor		Entibado resistente		Medición de gases		Extintor		Sistema de acceso seguro	X
Señalización		Señalización		Señalización		Señalización		Plataformas aseguradas	X
Delimitación de área		Delimitación de área		Equipo de autocontenido		Delimitación de área		Superficie o base nivelada	X
Iluminación		Iluminación		Acompañamiento		Iluminación		Andamios completamente armados	X
						Acimatización de área		Distancia mínima con líneas energizadas	X
Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia	X
Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso	X

OPERACIONES / ACTIVIDADES RUTINARIAS

Nº												SI	NO	NA
01	Se esta(n) realizando otro(s) trabajo(s) que pueda(n) afectar las seguridad y el buen desarrollo a lo señalado en este permiso?													
02	Nombre del o los contratistas involucrados:	1					2				3			
03	Nombre del responsable SST:	1					2				3			
04	Las actividades se pueden realizar bajo medidas de control		SI		NO		Especifique las medidas:							
05	¿Se aprueba entre las partes permiso?		SI		NO		Firma responsable de SST	1			2		3	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales	X	Hidráulicas	
Eléctricas		Mecánicas	
Neumáticas		Otra	

PERMISOS Y CERTIFICADOS REQUERIDOS

Análisis de Trabajo Seguro (ATS)	X	Lista de chequeo Trabajo espacio confinado	
Lista chequeo de equipos de protección caídas y Lista de verificación para trabajo en alturas	X	Lista de chequeo para excavación	
Otro. Cual:_____		Otro. Cual:_____	

PROGRAMAS O PROCEDIMIENTOS REGLAMENTARIOS

Nombre del Documento:		Código y versión:	
Nombre del Documento:		Código y versión:	
Nombre del Documento:		Código y versión:	

NOVEDADES DE SALUD

	TRABAJADOR											
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Traumas en cráneo y/o cara con pérdida de conocimiento, o intenso aturdimiento, ocurrido en la últimas 72 horas?		X		X								
Enfermedad del oído que ameritó tratamiento médico en las últimas 72 horas?		X		X								
Ingesta de medicamentos antigripales o que producen sueño 4 horas antes del inicio de la jornada de trabajo, prescrito por médico y con recomendaciones laborales por escrito?		X		X								
Aparición repentina de síntomas, con o sin aumento de intensidad en las últimas 72 horas, que producen trastornos del equilibrio?		X		X								

NOVEDADES DE SALUD

	TRABAJADOR											
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Traumas en cráneo y/o cara con pérdida de conocimiento, o intenso aturdimiento, ocurrido en la últimas 72 horas?												
Enfermedad del oído que ameritó tratamiento médico en las últimas 72 horas?												
Ingesta de medicamentos antigripales o que producen sueño 4 horas antes del inicio de la jornada de trabajo, prescrito por médico y con recomendaciones laborales por escrito?												
Aparición repentina de síntomas, con o sin aumento de intensidad en las últimas 72 horas, que producen trastornos del equilibrio?												

He leído y entendido este permiso de trabajo, observé las precauciones de seguridad y salud establecidas. Estoy enterado del trabajo a realizar, los riesgos asociados y se que precauciones debo tomar.

TRABAJADORES AUTORIZADOS

No	NOMBRE	No. CEDULA	CARGO	FIRMA	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA
01	NELSON [illegible]	[illegible]	Pintor	[signature]	[signature]	[signature]	[signature]	[signature]	[signature]	[signature]
02	Fabio B.	[illegible]	Pintor	[signature]	—	—	Fabio	Fabio	Fabio	Fabio
03										
04										
05										
06										
07										
08										

	PERMISO DE TRABAJO	Código del Documento
		FOR-SST-016
		Versión 00 | 26/03/2021
		Página 1 de 1

TIPO DE PERMISO

PROYECTO: mebog

ACTIVIDAD A EJECUTAR: estucar y pintar muros

PERMISO No.: _____

LOCALIZACIÓN: Piso 4 altura de 11,45 mts trabajando en andamio

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
21	06	2021	7:00	A.M. X / P.M.	5:00	A.M. / P.M. X

FIN

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
26	06	2021	7:00	A.M. X / P.M.	5:00	A.M. / P.M. X

RIESGOS INVOLUCRADOS EN LA ACTIVIDAD (MARCADO POR EL EJECUTOR DE LA TAREA)

FISICOS		MECÁNICOS		QUIMICOS	
1. RUIDO	X	1. TRABAJOS EN ALTURA	X	1. GASES / VAPORES INFLAMABLES	
2. ILUMINACIÓN DEFICIENTE.	X	2. ALMACENAMIENTO DE MATERIALES		2. MATERIAL PARTICULADO	X
3. TEMPERATURA ALTA		3. CONTACTO CON SUPERFICIES CALIENTES		3. HUMOS	
4. TEMPERATURA BAJA		4. PROYECCIÓN DE PARTICULAS		4. LIQUIDOS	
5. VENTILACIÓN DEFICIENTE		5. SUPERFICIES LISAS O IRREGULARES		5. NEBLINAS	
6. RADIACION IONIZANTE		6. SISTEMAS PRESURIZADOS		6.	
7. RADIACION NO IONIZANTE.		7. PRESION DE FLUIDOS		7.	
8. SUPERFICIES CALIENTES		8. USO DE HERRAMIENTAS		8.	
9. USO FUENTES RADIACTIVAS		9. OPER.DE MAQUINAS Y EQUIPOS		10.	
10.		10.		11.	

ELECTRICOS		BIOMECÁNICOS		OTROS	
1. CONTACTO DIRECTO ELECTRIC.		1. SOBRE ESFUERZOS	X	1. ESPACIO CONFINADO	
2. INTERV. SISTEMAS ELECTRICOS		2. MOVIMIENTOS REPETITIVOS	X	2. APERTURA DE SIST. PROCESO	
3. LINEAS ENERGIZADAS		3. POSTURAS INADECUADAS		3. MANEJO DE EXPLOSIVOS	
4. USO HERRAMIENTAS ELECTRICAS.		4. MOVIMIENTOS FORZADOS		4. POTENCIAL DE DERRAMES	
5.		5. MANEJO MANUAL DE CARGAS		5. GEN.DE RESIDUOS SOLIDOS/LIQUIDOS	
6.		6.		6. VERTIMIENTOS	
7.		7.		7. PRESENCIA DE ANIMALES	
8.		8.		8. EROSIÓN / DESCAPOTE	
				9. POLUCIÓN	

TRABAJO CRITICO (SOLO PARA TRABAJADORES CALIFICADOS Y COORDINADORES DE TRABAJO EN ALTURAS SEGÚN APLIQUE)

1. TRABAJO EN ALTURA	X
2. EXCAVACIÓN	
3. ESPACIO CONFINADO	
4. DEMOLICIÓN	

CERTIFICO QUE HE VERIFICADO LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD Y SE ENCUENTRAN IMPLEMENTADAS PARA DAR INICIO A LA ACTIVIDAD

FIRMA: laura Gómez

NOMBRE: laura Gómez

No. Licencia S.O.

MEDIDAS DE CONTROL Y PREVENCIÓN / EQUIPO DEL TRABAJO Y RESPONSABILIDAD SST

1. ILUMINACION ADICIONAL	X	11. CIERRE DE VIAS		21. RECIPIENTES DISPOCISION RESIDUOS.	
2. USO GUARDAS / MAMPARAS		12. SUSPENDER CELULARES	X	22. A.T.S. (Analisis del Trabajo Seguro)	X
3. ADECUACIÓN DE TERRENO		13. VERIFICACIÓN LISTAS DE CHEQUEO		23. USO DE CUERDA GUIA (VIENTOS)	
4. BLOQUEO Y ETIQUETADO		14. USO DE EQUIPO DE PROTECCION CC	X	24. PERSONAL CALIFICADO	
5. SEÑALIZACIÓN DE AREA	X	15. DESPRESURIZAR		25. EQUIPO DE EMERGENCIA ADICIONAL	
6. MONITOREO DE ATMOSFERA		16. E.P.P. ESPECIAL		26. EQUIPO DE COMUNICACIONES	
7. EXTINTORES PQS (ABC)		17. E.P.P. ADICIONAL		27. KIT DE DERRAMES EN AREA	
8. ATERRIZAR EQUIPOS		18. IMPLEMENTAR EL PROCEDIMIENTO		28. USO DE TELA OLEOFILICA	
9. BOTIQUIN PRIMEROS AUXILIOS.		19. INERTIZAR		29. INSTALACIÓN BARRERAS	
10. USO DE EXTRACTORES		20. HOJAS DE SEGURIDAD (MSDS)		30. OTRO. _____	

APROBACIÓN

CERTIFICO QUE EL TRABAJO PUEDE EJECUTARSE DE MANERA SEGURA

FIRMA (AUTORIDAD MAXIMA DEL AREA):

NOMBRE:

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL / EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

1. OVEROL (CAMISA, PANTALÓN)	X	7. PETO		13. CUERDAS, GANCHOS	
2. CASCO	X	8. PROTECCIÓN EN MANOS	X	14. MASCARILLA POLVO/ HUMOS	
3. BOTAS DE SEGURIDAD	X	9. VENTILACIÓN FORZADA		15. RESP. VAPORES ÁCIDOS	
4. PROTECCIÓN DE OJOS	X	10. ARNÉS Y LÍNEA DE VIDA	X	16. REPIRADOR VAPORES ORG.	
5. PROTECCIÓN FACIAL		11. EQUIPO AIRE AUTOCONTENIDO		17. OTRO	
6. PROTECCIÓN PARA OÍDOS	X	12. ESCAFANDRA			

FINALIZACIÓN Y CIERRE PERMISO

CERTIFICO QUE EL ÁREA Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS CON ESTE PERMISO ESTÁN EN CONDICIONES SEGURAS Y DE ORDEN Y ASEO.

FIRMA (RESPONSABLE SST O COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS -CUANDO APLIQUE):

NOMBRE:

No. Licencia S.O.

EVALUACIÓN DE ATMOSFERA Y EQUIPOS DE MEDICIÓN

TIPO DE MEDICIÓN	EQUIPO	SERIAL	VALOR ESPERADO		APROBADO
O_2			ENTRE 19,5% Y 23,5%		
LEL			0		
H_2S			MENOR DE 10 PPM		
CO			MENOR 35 PPM		

MONITOREO ATMOSFERA EN ESPACIOS CONFINADOS

HORA	VALOR	HORA	VALOR

EL PERMISO DE TRABAJO PUEDE SER CANCELADO CUANDO SE INCUMPLA LO DESCRITO EN EL PROCEDIMIENTO DE ALTO RIESGO

REQUERIMIENTOS DE SEGURIDAD

Nº	Rutinarios	SI	NO	NA	Observaciones
01	El área a intervenir requiere mediciones ambientales?		X		
02	Se informó al personal sobre los riesgos operativos a que está expuesto?	X			
03	El personal conoce los procedimientos técnicos, de seguridad y control ambiental requeridos?	X			
04	El personal responsable de los trabajos conoce el uso de los elementos de protección personal requeridos?	X			
05	El nivel de riesgo del trabajo, el equipo o el área requiere la presencia de un supervisor permanente?	X			
06	El personal conoce y entiende su función dentro del plan de emergencia y/o contingencia?	X			
07	Se autoriza la utilización de equipo eléctrico estudiando su uso en condiciones seguras?	X			
08	Se tiene registro de las inspecciones realizadas de los sistemas de protección y/o prevención contra caídas?	X			
09	Se han verificado y se lleva registro de maquinaria y equipo requerido para la actividad?	X			
10	El personal cuenta con evaluación médica de aptitud?	X			

MAQUINARIA, EQUIPOS Y ELEMENTOS ESPECIALES

ELECTRICO	EXCAVACIONES	ESPACIOS CONFINADOS	MANEJO DE MATERIALES	TRABAJO EN ALTURAS
EPP Dieléctricos	EPP impermeables	EPP Impermeables	EPP Contrarrestante	EPCC Certificados X
Extintor	Entibado resistente	Medición de gases	Extintor	Sistema de acceso seguro X
Señalización	Señalización	Señalización	Señalización	Plataformas aseguradas X
Delimitación de área	Delimitación de área	Equipo de autocontenido	Delimitación de área	Superficie o base nivelada X
Iluminación	Iluminación	Acompañamiento	Iluminación	Andamios completamente armados X
			Acitmatización de área	Distancia mínima con líneas energizadas X
Tiempo de permanencia	Tiempo de permanencia	Tiempo de permanencia	Tiempo de permanencia	Tiempo de permanencia X
Tiempo de descanso	Tiempo de descanso	Tiempo de descanso	Tiempo de descanso	Tiempo de descanso X

OPERACIONES Y ACTIVIDADES SIMULTANEAS

Nº								SI	NO	NA
01	Se esta(n) realizando otro(s) trabajo(s) que puede(n) afectar las seguridad y el buen desarrollo a lo señalado en este permiso?								X	
02	Nombre del o los contratistas involucrados:	1	LUIS CASTAÑEDA		2			3		
03	Nombre del responsable SST:	1	LUISA GOMEZ		2			3		
04	Las actividades se pueden realizar bajo medidas de control	SI	NO	Especifique las medidas:						
05	¿Se aprueba entre las partes permiso?	X		Firma responsable de SST	1		2		3	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales	X	Hidráulicas	
Eléctricas		Mecánicas	
Neumáticas		Otra	

PERMISOS ALTAMENTE REQUERIDOS

Análisis de Trabajo Seguro (ATS)	X	Lista de chequeo Trabajo espacio confinado	
Lista chequeo de equipos de protección caídas y Lista de verificación para trabajo en alturas	X	Lista de chequeo para excavación	
Otro. Cual:_____		Otro. Cual:_____	

PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

Nombre del Documento:		Código y versión:
Nombre del Documento:		Código y versión:
Nombre del Documento:		Código y versión:

CONDICIONES FISICAS

CONDICIONES FISICAS	TRABAJADOR 1 SI	TRABAJADOR 1 NO	TRABAJADOR 2 SI	TRABAJADOR 2 NO	TRABAJADOR 3 SI	TRABAJADOR 3 NO	TRABAJADOR 4 SI	TRABAJADOR 4 NO	TRABAJADOR 5 SI	TRABAJADOR 5 NO	TRABAJADOR 6 SI	TRABAJADOR 6 NO
Traumas en cráneo y/o cara con pérdida de conocimiento, o intenso aturdimiento, ocurrido en la últimas 72 horas?		X										
Enfermedad del oído que ameritó tratamiento médico en las últimas 72 horas?		X										
Ingesta de medicamentos antigripales o que producen sueño 4 horas antes del inicio de la jornada de trabajo, prescrito por médico y con recomendaciones laborales por escrito?		X										
Aparición repentina de síntomas, con o sin aumento de intensidad en las últimas 72 horas, que producen trastornos del equilibrio?		X										

CONDICIONES FISICAS

CONDICIONES FISICAS	TRABAJADOR 1 SI	TRABAJADOR 1 NO	TRABAJADOR 2 SI	TRABAJADOR 2 NO	TRABAJADOR 3 SI	TRABAJADOR 3 NO	TRABAJADOR 4 SI	TRABAJADOR 4 NO	TRABAJADOR 5 SI	TRABAJADOR 5 NO	TRABAJADOR 6 SI	TRABAJADOR 6 NO
Traumas en cráneo y/o cara con pérdida de conocimiento, o intenso aturdimiento, ocurrido en la últimas 72 horas?												
Enfermedad del oído que ameritó tratamiento médico en las últimas 72 horas?												
Ingesta de medicamentos antigripales o que producen sueño 4 horas antes del inicio de la jornada de trabajo, prescrito por médico y con recomendaciones laborales por escrito?												
Aparición repentina de síntomas, con o sin aumento de intensidad en las últimas 72 horas, que producen trastornos del equilibrio?												

He leído y entendido este permiso de trabajo, observé las precauciones de seguridad y salud establecidas. Estoy enterado del trabajo a realizar, los riesgos asociados y se que precauciones debo tomar.

TRABAJADORES AUTORIZADOS

NO	NOMBRE	No. DOCUMENTO	CARGO	ARL	FIRMA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
01	Braian Bonilla	1020918258 Punto 1	Oficial	Sura			Braian	Braian	Braian	Braian		
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												

	PERMISO DE TRABAJO	Código del Documento
		FOR-SST-016
		Versión 00 / 26/03/2021
		Página 1 de 1

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: mabog

ACTIVIDAD A EJECUTAR: estucar

PERMISO No.:

LOCALIZACIÓN: Piso 1, trabajando en andamio altura 1,30 mts y en el piso 2 el trabajador 3 altura de 1,70 mts en andamio. trabajador 4 y 5 escalera 1,40 mtrs y en el piso instalando drywall.

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
21	06	2021	7:00	A.M. ☒ P.M. ☐	5:00	A.M. ☐ P.M. ☒

FIN

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
26	06	2021	7:00	A.M. ☒ P.M. ☐	5:00	A.M. ☐ P.M. ☒

RIESGOS INVOLUCRADOS CON LA ACTIVIDAD (REQUERIDO POR EL EJECUTOR DE TAREAS)

FISICOS		MECÁNICOS		QUIMICOS	
1. RUIDO	☒	1. TRABAJOS EN ALTURA	☒	1. GASES / VAPORES INFLAMABLES	☐
2. ILUMINACIÓN DEFICIENTE.	☒	2. ALMACENAMIENTO DE MATERIALES	☐	2. MATERIAL PARTICULADO	☐
3. TEMPERATURA ALTA	☐	3. CONTACTO CON SUPERFICIES CALIENTES	☐	3. HUMOS	☐
4. TEMPERATURA BAJA	☐	4. PROYECCIÓN DE PARTICULAS	☐	4. LIQUIDOS	☐
5. VENTILACIÓN DEFICIENTE	☐	5. SUPERFICIES LISAS O IRREGULARES	☐	5. NEBLINAS	☐
6. RADIACION IONIZANTE	☐	6. SISTEMAS PRESURIZADOS	☐	6.	☐
7. RADIACION NO IONIZANTE.	☐	7. PRESION DE FLUIDOS	☐	7.	☐
8. SUPERFICIES CALIENTES	☐	8. USO DE HERRAMIENTAS	☐	8.	☐
9. USO FUENTES RADIACTIVAS	☐	9. OPER.DE MAQUINAS Y EQUIPOS	☐	10.	☐
10.	☐	10.	☐	11.	☐

ELECTRICOS		BIOMECÁNICOS		OTROS	
1. CONTACTO DIRECTO ELECTRIC.	☐	1. SOBRE ESFUERZOS	☐	1. ESPACIO CONFINADO	☐
2. INTERV. SISTEMAS ELECTRICOS	☐	2. MOVIMIENTOS REPETITIVOS	☒	2. APERTURA DE SIST. PROCESO	☐
3. LINEAS ENERGIZADAS	☐	3. POSTURAS INADECUADAS	☐	3. MANEJO DE EXPLOSIVOS	☐
4. USO HERRAMIENTAS ELECTRICAS.	☐	4. MOVIMIENTOS FORZADOS	☐	4. POTENCIAL DE DERRAMES	☐
5.	☐	5. MANEJO MANUAL DE CARGAS	☐	5. GEN.DE RESIDUOS SOLIDOS/LIQUIDOS	☐
6.	☐	6.	☐	6. VERTIMIENTOS	☐
7.	☐	7.	☐	7. PRESENCIA DE ANIMALES	☐
8.	☐	8.	☐	8. EROSIÓN / DESCAPOTE.	☐
				9. POLUCIÓN	☐

EL TRABAJO INCLUYE ACTIVIDADES ESPECIALES Y CRÍTICAS (QUE APLICAN)

1. TRABAJO EN ALTURA	☒
2. EXCAVACIÓN	☐
3. ESPACIO CONFINADO	☐
4. DEMOLICIÓN	☐

AUTORIZACIÓN (PERSONAL ESTÁ COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS ESPECIALIZADO)

CERTIFICO QUE HE VERIFICADO LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD Y SE ENCUENTRAN IMPLEMENTADAS PARA DAR INICIO A LA ACTIVIDAD

FIRMA: Laura Gómez

NOMBRE: Laura Gómez

No. Licencia S.O.:

MEDIDAS DE CONTROL Y PREVENCIÓN (EJECUTOR DEL TRABAJO Y RESPONSABLE SST)

1. ILUMINACION ADICIONAL	☒	11. CIERRE DE VIAS	☐	21. RECIPIENTES DISPOCISION RESIDUOS.	☐
2. USO GUARDAS / MAMPARAS	☐	12. SUSPENDER CELULARES	☐	22. A.T.S. (Analisis del Trabajo Seguro)	☒
3. ADECUACIÓN DE TERRENO	☐	13. VERIFICACIÓN LISTAS DE CHEQUEO	☐	23. USO DE CUERDA GUIA (VIENTOS)	☐
4. BLOQUEO Y ETIQUETADO	☐	14. USO DE EQUIPO DE PROTECCION CC	☒	24. PERSONAL CALIFICADO	☐
5. SEÑALIZACIÓN DE AREA	☒	15. DESPRESURIZAR	☐	25. EQUIPO DE EMERGENCIA ADICIONAL	☐
6. MONITOREO DE ATMOSFERA	☐	16. E.P.P. ESPECIAL	☐	26. EQUIPO DE COMUNICACIONES	☐
7. EXTINTORES POS (ABC)	☐	17. E.P.P. ADICIONAL	☐	27. KIT DE DERRAMES EN AREA	☐
8. ATERRIZAR EQUIPOS	☐	18. IMPLEMENTAR EL PROCEDIMIENTO	☐	28. USO DE TELA OLEOFILICA	☐
9. BOTIQUIN PRIMEROS AUXILIOS.	☐	19. INERTIZAR	☐	29. INSTALACIÓN BARRERAS	☐
10. USO DE EXTRACTORES	☐	20. HOJAS DE SEGURIDAD (MSDS)	☐	30. OTRO.	☐

APROBACIÓN

CERTIFICO QUE EL TRABAJO PUEDE EJECUTARSE DE MANERA SEGURA

FIRMA (AUTORIDAD MAXIMA DEL AREA):

NOMBRE:

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

1. OVEROL (CAMISA, PANTALÓN)	☒	7. PETO	☐	13. CUERDAS, GANCHOS	☐
2. CASCO	☒	8. PROTECCIÓN EN MANOS	☒	14. MASCARILLA POLVO/ HUMOS	☐
3. BOTAS DE SEGURIDAD	☒	9. VENTILACIÓN FORZADA	☐	15. RESP. VAPORES ÁCIDOS	☐
4. PROTECCIÓN DE OJOS	☒	10. ARNÉS Y LÍNEA DE VIDA	☐	16. REPIRADOR VAPORES ORG.	☐
5. PROTECCIÓN FACIAL	☐	11. EQUIPO AIRE AUTOCONTENIDO	☐	17. OTRO	☐
6. PROTECCIÓN PARA OÍDOS	☒	12. ESCAFANDRA	☐		

FINALIZACIÓN Y CIERRE PERMISO

CERTIFICO QUE EL ÁREA Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS CON ESTE PERMISO ESTÁN EN CONDICIONES SEGURAS Y DE ORDEN Y ASEO.

FIRMA (RESPONSABLE SST O COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS -CUANDO APLIQUE):

NOMBRE:

No. Licencia S.O.

EVALUACIÓN ATMOSFERA SE REQUIERE? SI / NO

TIPO	HORA		VALOR	
O_2			ENTRE 19,5% Y 23,5%	
LEL			0	
H_2S			MENOR DE 10 PPM	
CO			MENOR 35 PPM	

MONITOREO ATMOSFERAS PELIGROSAS? SI / NO

HORA				

EL PERMISO DE TRABAJO PUEDE SER CANCELADO CUANDO SE INCUMPLA LO DESCRITO EN EL PROCEDIMIENTO DE ALTO RIESGO

REQUERIMIENTOS DE SEGURIDAD

Nº	Rutinarios	SI	NO	NA	Observaciones
01	El área a intervenir requiere mediciones ambientales?		X		
02	Se informó al personal sobre los riesgos operativos a que está expuesto?	X			
03	El personal conoce los procedimientos técnicos, de seguridad y control ambiental requeridos?	X			
04	El personal responsable de los trabajos conoce el uso de los elementos de protección personal requeridos?	X			
05	El nivel de riesgo del trabajo, el equipo o el área requiere la presencia de un supervisor permanente?	X			
06	El personal conoce y entiende su función dentro del plan de emergencia y/o contingencia?	X			
07	Se autoriza la utilización de equipo eléctrico estudiando su uso en condiciones seguras?	X			
08	Se tiene registro de las inspecciones realizadas de los sistemas de protección y/o prevención contra caídas?	X			
09	Se han verificado y se lleva registro de maquinaria y equipo requerido para la actividad?	X			
10	El personal cuenta con evaluación médica de aptitud?	X			

MAQUINARIA, EQUIPOS O ELEMENTOS ESPECIALES

TRABAJO ELÉCTRICO		EXCAVACIONES		ESPACIOS CONFINADOS		TRABAJO EN CALIENTE		TRABAJO EN ALTURAS	
EPP Dieléctricos		EPP impermeables		EPP impermeables		EPP Contrarrestante		EPCC Certificados	X
Extintor		Entibado resistente		Medición de gases		Extintor		Sistema de acceso seguro	X
Señalización		Señalización		Señalización		Señalización		Plataformas aseguradas	X
Delimitación de área		Delimitación de área		Equipo de autocontenido		Delimitación de área		Superficie o base nivelada	X
Iluminación		Iluminación		Acompañamiento		Iluminación		Andamios completamente armados	X
						Acimatización de área		Distancia mínima con líneas energizadas	X
Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia	X
Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso	X

OBSERVACIONES ACTIVIDADES SIMULTANEAS

									SI	NO	NA
01	Se esta(n) realizando otro(s) trabajo(s) que pueda(n) afectar las seguridad y el buen desarrollo a lo señalado en este permiso?									X	
02	Nombre del o los contratistas involucrados:	1	luis Cespedes		2		3				
03	Nombre del responsable SST:	1	laura Ramirez		2		3				
04	Las actividades se pueden realizar bajo medidas de control		SI	NO	Especifique las medidas:						
05	¿Se aprueba entre las partes permiso?	SI	X	NO	Firma responsable de SST	1		2		3	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales	X	Hidráulicas	
Eléctricas		Mecánicas	
Neumáticas		Otra	

PERMISOS / CERTIFICADOS REQUERIDOS

Análisis de Trabajo Seguro (ATS)	X	Lista de chequeo Trabajo espacio confinado	
Lista chequeo de equipos de protección caídas y Lista de verificación para trabajo en alturas	X	Lista de chequeo para excavación	
Otro. Cual:_____		Otro. Cual:_____	

PROGRAMAS O PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

Nombre del Documento:		Código y versión:
Nombre del Documento:		Código y versión:
Nombre del Documento:		Código y versión:

CONDICIONES FÍSICAS

CONDICIONES FÍSICAS	TRABAJADORES											
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Traumas en cráneo y/o cara con pérdida de conocimiento, o intenso aturdimiento, ocurrido en la últimas 72 horas?		X		X		X		X		X		
Enfermedad del oído que ameritó tratamiento médico en las últimas 72 horas?		X		X		X		X		X		
Ingesta de medicamentos antigripales o que producen sueño 4 horas antes del inicio de la jornada de trabajo, prescrito por médico y con recomendaciones laborales por escrito?		X		X		X		X		X		
Aparición repentina de síntomas, con o sin aumento de intensidad en las últimas 72 horas, que producen trastornos del equilibrio?		X		X		X		X		X		

CONDICIONES FÍSICAS

CONDICIONES FÍSICAS	TRABAJADORES											
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Traumas en cráneo y/o cara con pérdida de conocimiento, o intenso aturdimiento, ocurrido en la últimas 72 horas?												
Enfermedad del oído que ameritó tratamiento médico en las últimas 72 horas?												
Ingesta de medicamentos antigripales o que producen sueño 4 horas antes del inicio de la jornada de trabajo, prescrito por médico y con recomendaciones laborales por escrito?												
Aparición repentina de síntomas, con o sin aumento de intensidad en las últimas 72 horas, que producen trastornos del equilibrio?												

He leído y entendido este permiso de trabajo, observé las precauciones de seguridad y salud establecidas. Estoy enterado del trabajo a realizar, los riesgos asociados y se que precauciones debo tomar.

TRABAJADORES AUTORIZADOS

No.	NOMBRE	No. CÉDULA	CARGO	ARL	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	HORA INICIO	HORA FINAL	FIRMA
01	Ramiro Salcedo	6004511	Pintor	axa							
02	Vladimir Ascanio	1024480	OFG.	axa							
03	ROBERTO [illegible]	8012	OFI	axa	—	—	—				
04	JOSE Daniel	7850	OFIC	axa	—	—	—				
05	Miguel Velez	9971728	OFIC	axa	—	—	—				
06											
07											

	PERMISO DE TRABAJO	Código del Documento: FOR-SST-016
		Versión 00 — 26/03/2021
		Página 1 de 1

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: mebog

ACTIVIDAD A EJECUTAR: estucar

PERMISO No.:

LOCALIZACIÓN: Piso 6

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
14	06	2021	700	A.M. X / P.M.	500	A.M. / P.M. X

FIN

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
19	06	2021	700	A.M. X / P.M.	500	A.M. / P.M. X

PELIGROS INVOLUCRADOS EN LA ACTIVIDAD (REALIZADO POR EL EJECUTOR DEL TRABAJO)

FISICOS		MECANICOS		QUIMICOS	
1. RUIDO	X	1. TRABAJOS EN ALTURA	X	1. GASES / VAPORES INFLAMABLES	
2. ILUMINACIÓN DEFICIENTE.	X	2. ALMACENAMIENTO DE MATERIALES		2. MATERIAL PARTICULADO	X
3. TEMPERATURA ALTA		3. CONTACTO CON SUPERFICIES CALIENTES		3. HUMOS	
4. TEMPERATURA BAJA		4. PROYECCIÓN DE PARTICULAS		4. LIQUIDOS	
5. VENTILACIÓN DEFICIENTE		5. SUPERFICIES LISAS O IRREGULARES		5. NEBLINAS	
6. RADIACION IONIZANTE		6. SISTEMAS PRESURIZADOS		6.	
7. RADIACION NO IONIZANTE.		7. PRESION DE FLUIDOS		7.	
8. SUPERFICIES CALIENTES		8. USO DE HERRAMIENTAS		8.	
9. USO FUENTES RADIACTIVAS		9. OPER.DE MAQUINAS Y EQUIPOS		10.	
10.		10.		11.	

ELECTRICOS		BIOMECÁNICOS		OTROS	
1. CONTACTO DIRECTO ELECTRIC.		1. SOBRE ESFUERZOS		1. ESPACIO CONFINADO	
2. INTERV. SISTEMAS ELECTRICOS		2. MOVIMIENTOS REPETITIVOS	X	2. APERTURA DE SIST. PROCESO	
3. LINEAS ENERGIZADAS		3. POSTURAS INADECUADAS		3. MANEJO DE EXPLOSIVOS	
4. USO HERRAMIENTAS ELECTRICAS.		4. MOVIMIENTOS FORZADOS		4. POTENCIAL DE DERRAMES	
5.		5. MANEJO MANUAL DE CARGAS		5. GEN.DE RESIDUOS SOLIDOS/LIQUIDOS	
6.		6.		6. VERTIMIENTOS	
7.		7.		7. PRESENCIA DE ANIMALES	
8.		8.		8. EROSIÓN / DESCAPOTE.	
				9. POLUCIÓN	

MEDIDAS DE CONTROL Y PREVENCIÓN (EJECUTOR DEL TRABAJO / RESPONSABLE SST)

1. ILUMINACION ADICIONAL	X	11. CIERRE DE VIAS		21. RECIPIENTES DISPOCISION RESIDUOS.	
2. USO GUARDAS / MAMPARAS		12. SUSPENDER CELULARES		22. A.T.S. (Analisis del Trabajo Seguro)	X
3. ADECUACIÓN DE TERRENO		13. VERFICACIÓN LISTAS DE CHEQUEO		23. USO DE CUERDA GUIA (VIENTOS)	
4. BLOQUEO Y ETIQUETADO		14. USO DE EQUIPO DE PROTECCION CC	X	24. PERSONAL CALIFICADO	
5. SEÑALIZACIÓN DE AREA		15. DESPRESURIZAR		25. EQUIPO DE EMERGENCIA ADICIONAL	
6. MONITOREO DE ATMOSPERA		16. E.P.P. ESPECIAL		26. EQUIPO DE COMUNICACIONES	
7. EXTINTORES PQS (ABC)		17. E.P.P. ADICIONAL		27. KIT DE DERRAMES EN AREA	
8. ATERRIZAR EQUIPOS		18. IMPLEMENTAR EL PROCEDIMIENTO		28. USO DE TELA OLEOFILICA	
9. BOTIQUIN PRIMEROS AUXILIOS.		19. INERTIZAR		29. INSTALACIÓN BARRERAS	
10. USO DE EXTRACTORES		20. HOJAS DE SEGURIDAD (MSDS)		30. OTRO.	

EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL Y EQUIPO DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

1. OVEROL (CAMISA, PANTALÓN)	X	7. PETO		13. CUERDAS, GANCHOS	
2. CASCO	X	8. PROTECCIÓN EN MANOS	X	14. MASCARILLA POLVO/ HUMOS	
3. BOTAS DE SEGURIDAD	X	9. VENTILACIÓN FORZADA		15. RESP. VAPORES ÁCIDOS	
4. PROTECCIÓN DE OJOS	X	10. ARNÉS Y LÍNEA DE VIDA	X	16. REPIRADOR VAPORES ORG.	
5. PROTECCIÓN FACIAL		11. EQUIPO AIRE AUTOCONTENIDO		17. OTRO	
6. PROTECCIÓN PARA OÍDOS	X	12. ESCAFANDRA			

EVALUACIÓN DE ATMOSFERAS PELIGROSAS ACTUALES

GASES	LECTURA		RANGO	APROBADO	
O_2			ENTRE 19,5% Y 23,5%		
LEL			0		
H_2S			MENOR DE 10 PPM		
CO			MENOR 35 PPM		

MONITOREO ATMOSFERAS PELIGROSAS DURANTE

FECHA	HORA			

PERMISO CRITICO A VERIFICAR (SI APLICA / MARQUE CUAL APLICA)

1. TRABAJO EN ALTURA	X
2. EXCAVACIÓN	
3. ESPACIO CONFINADO	
4. DEMOLICIÓN	

EJECUTOR DEL TRABAJO (RESPONSABLE DEL TRABAJO / COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS - SEGÚN APLIQUE)

CERTIFICO QUE HE VERIFICADO LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD Y SE ENCUENTRAN IMPLEMENTADAS PARA DAR INICIO A LA ACTIVIDAD

FIRMA:

NOMBRE: Yuvia Gomez

No. Licencia S.O.: Javis Gomez

APROBACIÓN

CERTIFICO QUE EL TRABAJO PUEDE EJECUTARSE DE MANERA SEGURA

FIRMA (AUTORIDAD MAXIMA DEL AREA):

NOMBRE:

FINALIZACIÓN Y CIERRE PERMISO

CERTIFICO QUE EL ÁREA Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS CON ESTE PERMISO ESTÁN EN CONDICIONES SEGURAS Y DE ORDEN Y ASEO.

FIRMA (RESPONSABLE SST O COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS -CUANDO APLIQUE):

NOMBRE:

No. Licencia S.O.

EL PERMISO DE TRABAJO PUEDE SER CANCELADO CUANDO SE INCUMPLA LO DESCRITO EN EL PROCEDIMIENTO DE ALTO RIESGO

REQUERIMIENTOS DE SEGURIDAD

Nº	Rutinarios	SI	NO	NA	Observaciones
01	El área a intervenir requiere mediciones ambientales?				
02	Se informó al personal sobre los riesgos operativos a que está expuesto?				
03	El personal conoce los procedimientos técnicos, de seguridad y control ambiental requeridos?				
04	El personal responsable de los trabajos conoce el uso de los elementos de protección personal requeridos?				
05	El nivel de riesgo del trabajo, el equipo o el área requiere la presencia de un supervisor permanente?				
06	El personal conoce y entiende su función dentro del plan de emergencia y/o contingencia?				
07	Se autorize la utilización de equipo eléctrico estudiando su uso en condiciones seguras?				
08	Se tiene registro de las inspecciones realizadas de los sistemas de protección y/o prevención contra caídas?				
09	Se han verificado y se lleva registro de maquinaria y equipo requerido para la actividad?				
10	El personal cuenta con evaluación médica de aptitud?				

MAQUINARIA/EQUIPOS/ELEMENTOS ESPECIALES

ELECTRICO		EXCAVACIONES		ESPACIOS CONFINADOS		TRABAJO EN CALIENTE		TRABAJO EN ALTURAS	
EPP Dieléctricos		EPP impermeables		EPP impermeables		EPP Contrarrestante		EPCC Certificados	
Extintor		Entibado resistente		Medición de gases		Extintor		Sistema de acceso seguro	
Señalización		Señalización		Señalización		Señalización		Plataformas aseguradas	
Delimitación de área		Delimitación de área		Equipo de autocontenido		Delimitación de área		Superficie o base nivelada	
Iluminación		Iluminación		Acompañamiento		Iluminación		Andamios completamente armados	
						Acclimatización de área		Distancia mínima con líneas energizadas	
Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia	
Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso	

CONDICIONES Y ACTIVIDADES SIMULTÁNEAS

Nº							SI	NO	NA
01	Se esta(n) realizando otro(s) trabajo(s) que pueda(n) afectar las seguridad y el buen desarrollo a lo señalado en este permiso?								
02	Nombre del o los contratistas involucrados:	1	luis cepedes		2			3	
03	Nombre del responsable SST:	1	[illegible]		2			3	
04	Las actividades se pueden realizar bajo medidas de control	SI	NO	Especifique las medidas:					
05	¿Se aprueba entre las partes permiso?	SI	NO	Firma responsable de SST	1	[illegible]	2		3

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales	X	Hidráulicas	
Eléctricas		Mecánicas	
Neumáticas		Otra	

PERMISOS Y CERTIFICADOS REQUERIDOS

Análisis de Trabajo Seguro (ATS)	X	Lista de chequeo Trabajo espacio confinado	
Lista chequeo de equipos de protección caídas y Lista de verificación para trabajo en alturas	X	Lista de chequeo para excavación	
Otro. Cual:_____		Otro. Cual:_____	

PROGRAMAS Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

Nombre del Documento:		Código y versión:	
Nombre del Documento:		Código y versión:	
Nombre del Documento:		Código y versión:	

CONDICIONES MÉDICAS — TRABAJADORES

Traumas en cráneo y/o cara con pérdida de conocimiento, o intenso aturdimiento, ocurrido en la últimas 72 horas?		X		X									
Enfermedad del oído que amerité tratamiento médico en las últimas 72 horas?		X		X									
Ingesta de medicamentos antigripales o que producen sueño 4 horas antes del inicio de la jornada de trabajo, prescrito por médico y con recomendaciones laborales por escrito?		X		X									
Aparición repentina de síntomas, con o sin aumento de intensidad en las últimas 72 horas, que producen trastornos del equilibrio?		X		X									

CONDICIONES FÍSICAS — TRABAJADORES

Traumas en cráneo y/o cara con pérdida de conocimiento, o intenso aturdimiento, ocurrido en la últimas 72 horas?													
Enfermedad del oído que amerité tratamiento médico en las últimas 72 horas?													
Ingesta de medicamentos antigripales o que producen sueño 4 horas antes del inicio de la jornada de trabajo, prescrito por médico y con recomendaciones laborales por escrito?													
Aparición repentina de síntomas, con o sin aumento de intensidad en las últimas 72 horas, que producen trastornos del equilibrio?													

He leído y entendido este permiso de trabajo, observé las precauciones de seguridad y salud establecidas. Estoy enterado del trabajo a realizar, los riesgos asociados y se que precauciones debo tomar.

TRABAJADORES AUTORIZADOS

No	NOMBRE	No. CEDULA	CARGO	EPS	DIA 1	FIRMA DIA 1	DIA 2	FIRMA DIA 2	DIA 3	FIRMA DIA 3	DIA 4	FIRMA DIA 4	DIA 5	FIRMA DIA 5
01	Jairo Arevalo	7.551.082	Pintor	Cruz		[illegible]		X		X		X		X
02	Robert Ocampo	80.826.154	Pintor	Cruz		[illegible]		[illegible]		[illegible]		[illegible]		[illegible]
03	Stivic Thorndo	1193522756	Pintor			[illegible]		[illegible]		[illegible]		[illegible]		[illegible]
04														
05														
06														
07														

	PERMISO DE TRABAJO	Código del Documento	
		FOR-SST-016	
		Versión 00	26/03/2021
		Página 1 de 1	

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: mebog

ACTIVIDAD A EJECUTAR: esfucar y instalar drywall

PERMISO No.:

LOCALIZACIÓN: PISO 1

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
14	06	2021	700	A.M. X / P.M.	500	A.M. / P.M. X

FIN

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
19	06	2021	700	A.M. X / P.M.	500	A.M. / P.M. X

RIESGOS INVOLUCRADOS EN LA ACTIVIDAD (REALIZADO POR EL EJECUTOR DEL TRABAJO)

FISICOS		MECÁNICOS		QUIMICOS	
1. RUIDO	X	1. TRABAJOS EN ALTURA		1. GASES / VAPORES INFLAMABLES	
2. ILUMINACIÓN DEFICIENTE.	X	2. ALMACENAMIENTO DE MATERIALES		2. MATERIAL PARTICULADO	X
3. TEMPERATURA ALTA		3. CONTACTO CON SUPERFICIES CALIENTES		3. HUMOS	
4. TEMPERATURA BAJA		4. PROYECCIÓN DE PARTICULAS		4. LIQUIDOS	
5. VENTILACIÓN DEFICIENTE		5. SUPERFICIES LISAS O IRREGULARES		5. NEBLINAS	
6. RADIACION IONIZANTE		6. SISTEMAS PRESURIZADOS		6.	
7. RADIACION NO IONIZANTE.		7. PRESION DE FLUIDOS		7.	
8. SUPERFICIES CALIENTES		8. USO DE HERRAMIENTAS	X	8.	
9. USO FUENTES RADIACTIVAS		9. OPER.DE MAQUINAS Y EQUIPOS		10.	
10.		10.		11.	

ELECTRICOS		BIOMECÁNICOS		OTROS	
1. CONTACTO DIRECTO ELECTRIC.		1. SOBRE ESFUERZOS		1. ESPACIO CONFINADO	
2. INTERV. SISTEMAS ELECTRICOS		2. MOVIMIENTOS REPETITIVOS	X	2. APERTURA DE SIST. PROCESO	
3. LINEAS ENERGIZADAS		3. POSTURAS INADECUADAS		3. MANEJO DE EXPLOSIVOS	
4. USO HERRAMIENTAS ELECTRICAS.		4. MOVIMIENTOS FORZADOS		4. POTENCIAL DE DERRAMES	
5.		5. MANEJO MANUAL DE CARGAS		5. GEN.DE RESIDUOS SOLIDOS/LIQUIDOS	
6.		6.		6. VERTIMIENTOS	
7.		7.		7. PRESENCIA DE ANIMALES	
8.		8.		8. EROSIÓN / DESCAPOTE.	
				9. POLUCIÓN	

ACTIVIDAD CRITICA A EJECUTAR (DILIGENCIAR SI APLICA)

1. TRABAJO EN ALTURA	X
2. EXCAVACIÓN	
3. ESPACIO CONFINADO	
4. DEMOLICIÓN	

ELABORADO (RESPONSABLE SST O COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS SEGÚN APLIQUE)

CERTIFICO QUE HE VERIFICADO LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD Y SE ENCUENTRAN IMPLEMENTADAS PARA DAR INICIO A LA ACTIVIDAD

FIRMA: [signature]

NOMBRE: [illegible]

No. Licencia S.O.:

MEDIDAS DE CONTROL Y PREVENCIÓN (EJECUTOR DEL TRABAJO Y RESPONSABLE SST)

1. ILUMINACION ADICIONAL	X	11. CIERRE DE VIAS		21. RECIPIENTES DISPOCISION RESIDUOS.	
2. USO GUARDAS / MAMPARAS		12. SUSPENDER CELULARES		22. A.T.S. (Analisis del Trabajo Seguro)	X
3. ADECUACIÓN DE TERRENO		13. VERIFICACIÓN LISTAS DE CHEQUEO		23. USO DE CUERDA GUIA (VIENTOS)	
4. BLOQUEO Y ETIQUETADO		14. USO DE EQUIPO DE PROTECCION CC	X	24. PERSONAL CALIFICADO	
5. SEÑALIZACIÓN DE AREA	X	15. DESPRESURIZAR		25. EQUIPO DE EMERGENCIA ADICIONAL	
6. MONITOREO DE ATMOSFERA		16. E.P.P. ESPECIAL		26. EQUIPO DE COMUNICACIONES	
7. EXTINTORES PQS (ABC)		17. E.P.P. ADICIONAL		27. KIT DE DERRAMES EN AREA	
8. ATERRIZAR EQUIPOS		18. IMPLEMENTAR EL PROCEDIMIENTO		28. USO DE TELA OLEOFILICA	
9. BOTIQUIN PRIMEROS AUXILIOS.		19. INERTIZAR		29. INSTALACIÓN BARRERAS	
10. USO DE EXTRACTORES		20. HOJAS DE SEGURIDAD (MSDS)		30. OTRO.	

APROBACIÓN

CERTIFICO QUE EL TRABAJO PUEDE EJECUTARSE DE MANERA SEGURA

FIRMA (AUTORIDAD MAXIMA DEL AREA):

NOMBRE:

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

1. OVEROL (CAMISA, PANTALÓN)	X	7. PETO		13. CUERDAS, GANCHOS	
2. CASCO	X	8. PROTECCIÓN EN MANOS	X	14. MASCARILLA POLVO/ HUMOS	
3. BOTAS DE SEGURIDAD	X	9. VENTILACIÓN FORZADA		15. RESP. VAPORES ÁCIDOS	
4. PROTECCIÓN DE OJOS	X	10. ARNÉS Y LÍNEA DE VIDA	X	16. REPIRADOR VAPORES ORG.	
5. PROTECCIÓN FACIAL		11. EQUIPO AIRE AUTOCONTENIDO		17. OTRO	
6. PROTECCIÓN PARA OÍDOS	X	12. ESCAFANDRA			

FINALIZACIÓN Y CIERRE PERMISO

CERTIFICO QUE EL ÁREA Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS CON ESTE PERMISO ESTÁN EN CONDICIONES SEGURAS Y DE ORDEN Y ASEO.

FIRMA (RESPONSABLE SST O COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS -CUANDO APLIQUE):

NOMBRE:

No. Licencia S.O.

EVALUACIÓN DE ATMOSFERAS PELIGROSAS O NOCIVAS

TIPO DE GAS	LECTURA		LIMITES DE LECTURA	INFORMADO SI	INFORMADO NO
O_2			ENTRE 19,5% Y 23,5%		
LEL			0		
H_2S			MENOR DE 10 PPM		
CO			MENOR 35 PPM		

MONITOREO ATMOSFERAS PELIGROSAS O NOCIVAS

HORA	O2	LEL	H2S	CO

EL PERMISO DE TRABAJO PUEDE SER CANCELADO CUANDO SE INCUMPLA LO DESCRITO EN EL PROCEDIMIENTO DE ALTO RIESGO

REQUERIMIENTOS DE SEGURIDAD

N°	Rutinarios	SI	NO	NA	Observaciones
01	El área a intervenir requiere mediciones ambientales?		X		
02	Se informó al personal sobre los riesgos operativos a que está expuesto?	X			
03	El personal conoce los procedimientos técnicos, de seguridad y control ambiental requeridos?	X			
04	El personal responsable de los trabajos conoce el uso de los elementos de protección personal requeridos?	X			
05	El nivel de riesgo del trabajo, el equipo o el área requiere la presencia de un supervisor permanente?	X			
06	El personal conoce y entiende su función dentro del plan de emergencia y/o contingencia?	X			
07	Se autoriza la utilización de equipo eléctrico estudiando su uso en condiciones seguras?	X			
08	Se tiene registro de las inspecciones realizadas de los sistemas de protección y/o prevención contra caídas?	X			
09	Se han verificado y se lleva registro de maquinaria y equipo requerido para la actividad?	X			
10	El personal cuenta con evaluación médica de aptitud?	X			

MAQUINARIA, EQUIPOS O ELEMENTOS ESPECIALES

ELECTRICO		EXCAVACIONES		ESPACIOS CONFINADOS		TRABAJO EN CALIENTE		TRABAJO EN ALTURAS	
EPP Dieléctricos		EPP impermeables		EPP impermeables		EPP Contrarrestante		EPCC Certificados	X
Extintor		Entibado resistente		Medición de gases		Extintor		Sistema de acceso seguro	X
Señalización		Señalización		Señalización		Señalización		Plataformas aseguradas	X
Delimitación de área		Delimitación de área		Equipo de autocontenido		Delimitación de área		Superficie o base nivelada	X
Iluminación		Iluminación		Acompañamiento		Iluminación		Andamios completamente armados	X
						Actimatización de área		Distancia mínima con líneas energizadas	X
Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia	X
Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso	X

OPERACIONES O ACTIVIDADES SIMULTANEAS

N°							NO	NA
01	Se esta(n) realizando otro(s) trabajo(s) que pueda(n) afectar las seguridad y el buen desarrollo a lo señalado en este permiso?						X	
02	Nombre del o los contratistas involucrados:	1	LUIS CRESPECES	2		3		
03	Nombre del responsable SST:	1	[illegible]	2		3		
04	Las actividades se pueden realizar bajo medidas de control	SI	NO	Especifique las medidas:				
05	¿Se aprueba entre las partes permiso?	SI	NO	Firma responsable de SST	1	2	3	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales	X	Hidráulicas	
Eléctricas		Mecánicas	
Neumáticas		Otra	

PERMISOS Y CERTIFICADOS REQUERIDOS

Análisis de Trabajo Seguro (ATS)	X	Lista de chequeo Trabajo espacio confinado	
Lista chequeo de equipos de protección caídas y Lista de verificación para trabajo en alturas	X	Lista de chequeo para excavación	
Otro. Cual:_____		Otro. Cual:_____	

PROGRAMAS O PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

Nombre del Documento:		Código y versión:	
Nombre del Documento:		Código y versión:	
Nombre del Documento:		Código y versión:	

CONDICIONES FISICAS

CONDICIONES FISICAS	TRABAJADORES											
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Traumas en cráneo y/o cara con pérdida de conocimiento, o intenso aturdimiento, ocurrido en la últimas 72 horas?		X		X		X						
Enfermedad del oído que amerité tratamiento médico en las últimas 72 horas?		X		X		X						
Ingesta de medicamentos antigripales o que producen sueño 4 horas antes del inicio de la jornada de trabajo, prescrito por médico y con recomendaciones laborales por escrito?		X		X		X						
Aparición repentina de síntomas, con o sin aumento de intensidad en las últimas 72 horas, que producen trastornos del equilibrio?		X		X		X						

CONDICIONES FISICAS

CONDICIONES FISICAS	TRABAJADORES											
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Traumas en cráneo y/o cara con pérdida de conocimiento, o intenso aturdimiento, ocurrido en la últimas 72 horas?												
Enfermedad del oído que amerité tratamiento médico en las últimas 72 horas?												
Ingesta de medicamentos antigripales o que producen sueño 4 horas antes del inicio de la jornada de trabajo, prescrito por médico y con recomendaciones laborales por escrito?												
Aparición repentina de síntomas, con o sin aumento de intensidad en las últimas 72 horas, que producen trastornos del equilibrio?												

He leído y entendido este permiso de trabajo, observé las precauciones de seguridad y salud establecidas. Estoy enterado del trabajo a realizar, los riesgos asociados y se que precauciones debo tomar.

TRABAJADORES AUTORIZADOS

NO.	NOMBRE	No. CEDULA	CARGO	FIRMA	DIA1	DIA2	DIA3	DIA4	DIA5	DIA6	DIA7
01	JOSE URIEL SOLORZANO	[illegible]	OFICIAL	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
02	BLADIMIR AGUDELO	1024480094	PINTOR	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
03	ENRIQUE MUÑOZ	[illegible]	OFICIAL	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
04											
05											
06											
07											

	PERMISO DE TRABAJO	Código del Documento: FOR-SST-016
		Versión 00 — 26/03/2021
		Página 1 de 1

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: mebog

ACTIVIDAD A EJECUTAR: estucar, instalar drywall x 1

PERMISO No.:

LOCALIZACIÓN: piso 2 auditorio

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
14	06	2021	7 00	A.M. X / P.M.	5 00	A.M. / P.M. X

FIN

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
19	06	202	7 0 0	A.M. X / P.M.	5 0 0	A.M. / P.M. X

RIESGOS INVOLUCRADOS CON LA ACTIVIDAD (REALIZADO POR EL EJECUTOR DEL TRABAJO)

FISICOS		MECÁNICOS		QUIMICOS	
1. RUIDO	X	1. TRABAJOS EN ALTURA		1. GASES / VAPORES INFLAMABLES	
2. ILUMINACIÓN DEFICIENTE.	X	2. ALMACENAMIENTO DE MATERIALES		2. MATERIAL PARTICULADO	
3. TEMPERATURA ALTA		3. CONTACTO CON SUPERFICIES CALIENTES		3. HUMOS	
4. TEMPERATURA BAJA		4. PROYECCIÓN DE PARTICULAS		4. LIQUIDOS	
5. VENTILACIÓN DEFICIENTE		5. SUPERFICIES LISAS O IRREGULARES		5. NEBLINAS	
6. RADIACION IONIZANTE		6. SISTEMAS PRESURIZADOS		6.	
7. RADIACION NO IONIZANTE.		7. PRESION DE FLUIDOS		7.	
8. SUPERFICIES CALIENTES		8. USO DE HERRAMIENTAS	X	8.	
9. USO FUENTES RADIACTIVAS		9. OPER.DE MAQUINAS Y EQUIPOS		10.	
10.		10.		11.	

ELECTRICOS		BIOMECÁNICOS		OTROS	
1. CONTACTO DIRECTO ELECTRIC.		1. SOBRE ESFUERZOS		1. ESPACIO CONFINADO	
2. INTERV. SISTEMAS ELECTRICOS		2. MOVIMIENTOS REPETITIVOS	X	2. APERTURA DE SIST. PROCESO	
3. LINEAS ENERGIZADAS		3. POSTURAS INADECUADAS		3. MANEJO DE EXPLOSIVOS	
4. USO HERRAMIENTAS ELECTRICAS.		4. MOVIMIENTOS FORZADOS		4. POTENCIAL DE DERRAMES	
5.		5. MANEJO MANUAL DE CARGAS		5. GEN.DE RESIDUOS SOLIDOS/LIQUIDOS	
6.		6.		6. VERTIMIENTOS	
7.		7.		7. PRESENCIA DE ANIMALES	
8.		8.		8. EROSIÓN / DESCAPOTE.	
				9. POLUCIÓN	

ELABORACIÓN (RESPONSABLE SST O COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS -CUANDO APLIQUE)

CERTIFICO QUE HE VERIFICADO LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD Y SE ENCUENTRAN IMPLEMENTADAS PARA DAR INICIO A LA ACTIVIDAD

FIRMA: laura 68 ct2

NOMBRE: laura 68 ct

No. Licencia S.O.:

TRABAJO ALTURAS (SELECCIONAR EL QUE APLIQUE)

1. TRABAJO EN ALTURA	X
2. EXCAVACIÓN	
3. ESPACIO CONFINADO	
4. DEMOLICIÓN	

MEDIDAS DE CONTROL Y PREVENCIÓN (EJECUTOR DEL TRABAJO Y RESPONSABLE SST)

1. ILUMINACION ADICIONAL	X	11. CIERRE DE VIAS		21. RECIPIENTES DISPOCISION RESIDUOS.	
2. USO GUARDAS / MAMPARAS		12. SUSPENDER CELULARES		22. A.T.S. (Analisis del Trabajo Seguro)	
3. ADECUACIÓN DE TERRENO		13. VERFICACIÓN LISTAS DE CHEQUEO		23. USO DE CUERDA GUIA (VIENTOS)	
4. BLOQUEO Y ETIQUETADO		14. USO DE EQUIPO DE PROTECCION CC		24. PERSONAL CALIFICADO	X
5. SEÑALIZACIÓN DE AREA	X	15. DESPRESURIZAR		25. EQUIPO DE EMERGENCIA ADICIONAL	
6. MONITOREO DE ATMOSFERA		16. E.P.P. ESPECIAL		26. EQUIPO DE COMUNICACIONES	
7. EXTINTORES PQS (ABC)		17. E.P.P. ADICIONAL		27. KIT DE DERRAMES EN AREA	
8. ATERRIZAR EQUIPOS		18. IMPLEMENTAR EL PROCEDIMIENTO		28. USO DE TELA OLEOFILICA	
9. BOTIQUIN PRIMEROS AUXILIOS.		19. INERTIZAR		29. INSTALACIÓN BARRERAS	
10. USO DE EXTRACTORES		20. HOJAS DE SEGURIDAD (MSDS)		30. OTRO.	

APROBACIÓN

CERTIFICO QUE EL TRABAJO PUEDE EJECUTARSE DE MANERA SEGURA

FIRMA (AUTORIDAD MAXIMA DEL AREA):

NOMBRE:

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

1. OVEROL (CAMISA, PANTALÓN)	X	7. PETO		13. CUERDAS, GANCHOS	
2. CASCO	X	8. PROTECCIÓN EN MANOS	X	14. MASCARILLA POLVO/ HUMOS	
3. BOTAS DE SEGURIDAD	X	9. VENTILACIÓN FORZADA		15. RESP. VAPORES ÁCIDOS	
4. PROTECCIÓN DE OJOS	X	10. ARNÉS Y LÍNEA DE VIDA		16. REPIRADOR VAPORES ORG.	
5. PROTECCIÓN FACIAL	X	11. EQUIPO AIRE AUTOCONTENIDO		17. OTRO	
6. PROTECCIÓN PARA OÍDOS		12. ESCAFANDRA			

FINALIZACIÓN Y CIERRE PERMISO

CERTIFICO QUE EL ÁREA Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS CON ESTE PERMISO ESTÁN EN CONDICIONES SEGURAS Y DE ORDEN Y ASEO.

FIRMA (RESPONSABLE SST O COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS -CUANDO APLIQUE):

NOMBRE:

No. Licencia S.O.

EVALUACIÓN DE ATMOSFERAS PELIGROSAS O NOCIVAS

MEDICIÓN	FECHA	HORA	VALOR NORMAL		PERSONA QUE REALIZA
O_2			ENTRE 19,5% Y 23,5%		
LEL			0		
H_2S			MENOR DE 10 PPM		
CO			MENOR 35 PPM		

MONITOREO ADICIONAL PARA RECHAZOS O NOCIVAS

HORA	O			

EL PERMISO DE TRABAJO PUEDE SER CANCELADO CUANDO SE INCUMPLA LO DESCRITO EN EL PROCEDIMIENTO DE ALTO RIESGO

REQUERIMIENTOS DE SEGURIDAD

Nº	Rutinarios	SI	NO	NA	Observaciones
01	El área a intervenir requiere mediciones ambientales?		X		
02	Se informó al personal sobre los riesgos operativos a que está expuesto?	X			
03	El personal conoce los procedimientos técnicos, de seguridad y control ambiental requeridos?	X			
04	El personal responsable de los trabajos conoce el uso de los elementos de protección personal requeridos?	X			
05	El nivel de riesgo del trabajo, el equipo o el área requiere la presencia de un supervisor permanente?	X			
06	El personal conoce y entiende su función dentro del plan de emergencia y/o contingencia?	X			
07	Se autoriza la utilización de equipo eléctrico estudiando su uso en condiciones seguras?	X			
08	Se tiene registro de las inspecciones realizadas de los sistemas de protección y/o prevención contra caídas?	X			
09	Se han verificado y se lleva registro de maquinaria y equipo requerido para la actividad?	X			
10	El personal cuenta con evaluación médica de aptitud?	X			

MAQUINARIA, EQUIPOS Y ELEMENTOS ESPECIALES

ELECTRICO		EXCAVACIONES		ESPACIOS CONFINADOS		TRABAJO EN CALIENTE		TRABAJO EN ALTURAS	
EPP Dieléctricos		EPP impermeables		EPP impermeables		EPP Contrarrestante		EPCC Certificados	X
Extintor		Entibado resistente		Medición de gases		Extintor		Sistema de acceso seguro	X
Señalización		Señalización		Señalización		Señalización		Plataformas aseguradas	X
Delimitación de área		Delimitación de área		Equipo de autocontenido		Delimitación de área		Superficie o base nivelada	X
Iluminación		Iluminación		Acompañamiento		Iluminación		Andamios completamente armados	X
						Acimatización de área		Distancia mínima con líneas energizadas	X
Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia	X
Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso	X

VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES SIMULTÁNEAS

Nº													
01	Se esta(n) realizando otro(s) trabajo(s) que pueda(n) afectar las seguridad y el buen desarrollo a lo señalado en este permiso?										SI	NO	NA
02	Nombre del o los contratistas involucrados:	1	Gas Cesped S Laura Fonseca			2			3				
03	Nombre del responsable SST:	1				2			3				
04	Las actividades se pueden realizar bajo medidas de control		SI	NO	Especifique las medidas:								
05	¿Se aprueba entre las partes permiso?		SI	NO	Firma responsable de SST	1	[illegible]		2			3	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales	X	Hidráulicas	
Eléctricas		Mecánicas	
Neumáticas		Otra	

ELEMENTOS REQUERIDOS

Análisis de Trabajo Seguro (ATS)	X	Lista de chequeo Trabajo espacio confinado	
Lista chequeo de equipos de protección caídas y Lista de verificación para trabajo en alturas	X	Lista de chequeo para excavación	
Otro. Cual:_____		Otro. Cual:_____	

PROGRAMAS O PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

Nombre del Documento:		Código y versión:	
Nombre del Documento:		Código y versión:	
Nombre del Documento:		Código y versión:	

CONDICIONES DE SALUD

CONDICIONES DE SALUD	TRABAJADOR 1		TRABAJADOR 2		TRABAJADOR 3		TRABAJADOR 4		TRABAJADOR 5		TRABAJADOR 6	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Traumas en cráneo y/o cara con pérdida de conocimiento, o intenso aturdimiento, ocurrido en la últimas 72 horas?		X		X		X		X		X		X
Enfermedad del oído que ameritó tratamiento médico en las últimas 72 horas?		X		X		X		X		X		X
Ingesta de medicamentos antigripales o que producen sueño 4 horas antes del inicio de la jornada de trabajo, prescrito por médico y con recomendaciones laborales por escrito?		X		X		X		X		X		X
Aparición repentina de síntomas, con o sin aumento de intensidad en las últimas 72 horas, que producen trastornos del equilibrio?		X		X		X		X		X		X

CONDICIONES DE SALUD

CONDICIONES DE SALUD	TRABAJADOR 7		TRABAJADOR 8		TRABAJADOR 9		TRABAJADOR 10		TRABAJADOR 11		TRABAJADOR 12	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Traumas en cráneo y/o cara con pérdida de conocimiento, o intenso aturdimiento, ocurrido en la últimas 72 horas?		X										
Enfermedad del oído que ameritó tratamiento médico en las últimas 72 horas?		X										
Ingesta de medicamentos antigripales o que producen sueño 4 horas antes del inicio de la jornada de trabajo, prescrito por médico y con recomendaciones laborales por escrito?		X										
Aparición repentina de síntomas, con o sin aumento de intensidad en las últimas 72 horas, que producen trastornos del equilibrio?		X										

He leído y entendido este permiso de trabajo, observé las precauciones de seguridad y salud establecidas. Estoy enterado del trabajo a realizar, los riesgos asociados y se que precauciones debo tomar.

TRABAJADORES AUTORIZADOS

No.	NOMBRE	No. CEDULA	CARGO	ARL	FIRMA DIA	FIRMA DIA	FIRMA DIA	FIRMA DIA	FIRMA DIA	FIRMA DIA
01	Jhon Carreño	8160708	Oficial	axa						
02	Brayan Padilla	1070918255	Pintor	axa						
03	Nelson Moreno	79850311	Pintor	axa						
04	Ramiro Galeano	1001511	Pintor	axa						
05	Fabio Rosario	1000000000	Pintor	axa						
06	Jaime Vidal	9238712	Oficial	axa						
07	Luis Eduardo Padilla	9235887	Pintor	axa						

	PERMISO DE TRABAJO	Código del Documento: FOR-SST-016
		Versión 00 | 25/03/2021
		Página 1 de 1

PROYECTO: mebog

ACTIVIDAD A EJECUTAR: estucar, instalación drywall

PERMISO No.: _____

LOCALIZACIÓN: PISO 2 - auditorio

FECHA Y HORA

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
7	6	2021	7:00	A.M. X / P.M.	5:00	A.M. / P.M. X
12	6	2024	7:00	A.M. X / P.M.	5:00	A.M. / P.M. X

PELIGROS Y RIESGOS

FISICOS		MECANICOS		QUIMICOS	
1. RUIDO	X	1. TRABAJOS EN ALTURA	X	1. GASES / VAPORES INFLAMABLES	
2. ILUMINACIÓN DEFICIENTE.		2. ALMACENAMIENTO DE MATERIALES		2. MATERIAL PARTICULADO	
3. TEMPERATURA ALTA		3. CONTACTO CON SUPERFICIES CALIENTES		3. HUMOS	
4. TEMPERATURA BAJA		4. PROYECCIÓN DE PARTICULAS		4. LIQUIDOS	
5. VENTILACIÓN DEFICIENTE		5. SUPERFICIES LISAS O IRREGULARES		5. NEBLINAS	
6. RADIACION IONIZANTE		6. SISTEMAS PRESURIZADOS		6.	
7. RADIACION NO IONIZANTE.		7. PRESION DE FLUIDOS		7.	
8. SUPERFICIES CALIENTES		8. USO DE HERRAMIENTAS		8.	
9. USO FUENTES RADIACTIVAS		9. OPER. DE MAQUINAS Y EQUIPOS		10.	
10.		10.		11.	

ELECTRICOS		BIOMECÁNICOS		OTROS	
1. CONTACTO DIRECTO ELECTRIC.		1. SOBRE ESFUERZOS		1. ESPACIO CONFINADO	
2. INTERV. SISTEMAS ELECTRICOS		2. MOVIMIENTOS REPETITIVOS	X	2. APERTURA DE SIST. PROCESO	
3. LINEAS ENERGIZADAS		3. POSTURAS INADECUADAS		3. MANEJO DE EXPLOSIVOS	
4. USO HERRAMIENTAS ELECTRICAS.		4. MOVIMIENTOS FORZADOS		4. POTENCIAL DE DERRAMES	
5.		5. MANEJO MANUAL DE CARGAS		5. GEN.DE RESIDUOS SOLIDOS/LIQUIDOS	
6.		6.		6. VERTIMIENTOS	
7.		7.		7. PRESENCIA DE ARENALES	
8.		8.		8. EROSIÓN / DESCAPOTE	
				9. POLUCIÓN	

MEDIDAS DE CONTROL

1. ILUMINACION ADICIONAL		11. CIERRE DE VIAS		21. RECIPIENTES DISPOCISION RESIDUOS.	
2. USO GUARDAS / MAMPARAS		12. SUSPENDER CELULARES	X	22. A.T.S. (Análisis del Trabajo Seguro)	X
3. ADECUACIÓN DE TERRENO		13. VERIFICACIÓN LISTAS DE CHEQUEO		23. USO DE CUERDA GUIA (VIENTOS)	
4. BLOQUEO Y ETIQUETADO		14. USO DE EQUIPO DE PROTECCION CC	X	24. PERSONAL CALIFICADO	
5. SEÑALIZACIÓN DE AREA		15. DESPRESURIZAR		25. EQUIPO DE EMERGENCIA ADICIONAL	
6. MONITOREO DE ATMOSFERA		16. E.P.P. ESPECIAL		26. EQUIPO DE COMUNICACIONES	
7. EXTINTORES PQS (ABC)		17. E.P.P. ADICIONAL		27. KIT DE DERRAMES EN AREA	
8. ATERRIZAR EQUIPOS		18. IMPLEMENTAR EL PROCEDIMIENTO		28. USO DE TELA OLEOFILICA	
9. BOTIQUIN PRIMEROS AUXILIOS.		19. INERTIZAR		29. INSTALACIÓN BARRERAS	
10. USO DE EXTRACTORES		20. HOJAS DE SEGURIDAD (MSDS)		30. OTRO.	

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

1. OVEROL (CAMISA, PANTALÓN)	X	7. PETO		13. CUERDAS, GANCHOS	
2. CASCO	X	8. PROTECCIÓN EN MANOS		14. MASCARILLA POLVO/ HUMOS	X
3. BOTAS DE SEGURIDAD	X	9. VENTILACIÓN FORZADA		15. RESP. VAPORES ÁCIDOS	
4. PROTECCIÓN DE OJOS	X	10. ARNÉS Y LÍNEA DE VIDA		16. RESPIRADOR VAPORES ORG.	
5. PROTECCIÓN FACIAL		11. EQUIPO AIRE AUTOCONTENIDO		17. OTRO	
6. PROTECCIÓN PARA OÍDOS	X	12. ESCAFANDRA			

MEDICIONES DE PARÁMETROS ANTES DE INICIAR LABORES

O_2			ENTRE 19,5% Y 23,5%		
LEL			0		
H_2S			MENOR DE 10 PPM		
CO			MENOR 35 PPM		

PERSONAL AUTORIZADO

NOMBRE	CARGO	FIRMA	CEDULA	EPS

AUTORIZACIÓN

LEGALIZACIÓN (RESPONSABLE SST O COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS SEGÚN APLIQUE)

CERTIFICO QUE HE VERIFICADO LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD Y SE ENCUENTRAN IMPLEMENTADAS PARA DAR INICIO A LA ACTIVIDAD

FIRMA: laura Gomez

NOMBRE: laura Gomez

No. Licencia S.O.:

APROBACIÓN

CERTIFICO QUE EL TRABAJO PUEDE EJECUTARSE DE MANERA SEGURA

FIRMA (AUTORIDAD MAXIMA DEL AREA):

NOMBRE:

CIERRE Y CIERRE PERMISO

CERTIFICO QUE EL ÁREA Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS CON ESTE PERMISO ESTÁN EN CONDICIONES SEGURAS Y DE ORDEN Y ASEO.

FIRMA (RESPONSABLE SST O COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS -CUANDO APLIQUE):

NOMBRE:

No. Licencia S.O.

EL PERMISO DE TRABAJO PUEDE SER CANCELADO CUANDO SE INCUMPLA LO DESCRITO EN EL PROCEDIMIENTO DE ALTO RIESGO

Nº	Rutinarios	SI	NO	NA	Observaciones
01	El área a intervenir requiere mediciones ambientales?		X		
02	Se informó al personal sobre los riesgos operativos a que está expuesto?	X			
03	El personal conoce los procedimientos técnicos, de seguridad y control ambiental requeridos?	X			
04	El personal responsable de los trabajos conoce el uso de los elementos de protección personal requeridos?	X			
05	El nivel de riesgo del trabajo, el equipo o el área requiere la presencia de un supervisor permanente?	X			
06	El personal conoce y entiende su función dentro del plan de emergencia y/o contingencia?	X			
07	Se autoriza la utilización de equipo eléctrico estudiando su uso en condiciones seguras?	X			
08	Se tiene registro de las inspecciones realizadas de los sistemas de protección y/o prevención contra caídas?	X			
09	Se han verificado y se lleva registro de maquinaria y equipo requerido para la actividad?	X			
10	El personal cuenta con evaluación médica de aptitud?	X			

EPP Dieléctricos		EPP Impermeables		EPP Impermeables		EPP Contramestante		EPCC Certificados	X		
Extintor		Entibado resistente		Medición de gases		Extintor		Sistema de acceso seguro	X		
Señalización		Señalización		Señalización		Señalización		Plataformas aseguradas	X		
Delimitación de área		Delimitación de área		Equipo de autocontenido		Delimitación de área		Superficie o base nivelada	X		
Iluminación		Iluminación		Acompañamiento		Iluminación		Andamios completamente armados			
						Acordonamiento de área		Distancia mínima con líneas energizadas			
Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia			
Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso	X		

Nº																							
01	Se está(n) realizando otro(s) trabajo(s) que pueda(n) afectar las seguridad y el buen desarrollo a lo señalado en este permiso?																						
02	Nombre del o los contratistas involucrados:	1										2						3					
03	Nombre del responsable SST:	1										2						3					
04	Las actividades se pueden realizar bajo medidas de control						SI		NO		(Especifique las medidas:												
05	¿Se aprueba entre las partes permiso?		SI				NO				Firma responsable de SST	1						2				3	

Manuales	X	Hidráulicos		Análisis de Trabajo Seguro (ATS)	X	Lista de chequeo Trabajo espacio confinado	
Eléctricos		Mecánicos		Lista chequeo de equipos de protección caídas y Lista de verificación para trabajo en alturas	X	Lista de chequeo para excavación	
Neumáticos		Otra		Otro. Cual:		Otro. Cual:	

Nombre del Documento:		Código y versión:
Nombre del Documento:		Código y versión:
Nombre del Documento:		Código y versión:

Traumas en cráneo y/o cara con pérdida de conocimiento, o intenso aturdimiento, ocurrido en la últimas 72 horas?		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Enfermedad del oído que amerité tratamiento médico en las últimas 72 horas?		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Ingesta de medicamentos antigripales o que produzcan sueño 4 horas antes del inicio de la jornada de trabajo, prescrito por médico y con recomendaciones laborales por escrito?		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Aparición repentina de síntomas, con o sin aumento de intensidad en las últimas 72 horas, que produzcan trastornos del equilibrio?		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	

Traumas en cráneo y/o cara con pérdida de conocimiento, o intenso aturdimiento, ocurrido en la últimas 72 horas?		X																					
Enfermedad del oído que amerité tratamiento médico en las últimas 72 horas?		X																					
Ingesta de medicamentos antigripales o que produzcan sueño 4 horas antes del inicio de la jornada de trabajo, prescrito por médico y con recomendaciones laborales por escrito?		X																					
Aparición repentina de síntomas, con o sin aumento de intensidad en las últimas 72 horas, que produzcan trastornos del equilibrio?		X																					

He leído y entendido este permiso de trabajo, observé las precauciones de seguridad y salud establecidas. Estoy enterado del trabajo a realizar, los riesgos asociados y se que precauciones debo tomar.

01	Jaime VNCZ	9238472	Oficial	Area		Jaime	Jaime	Jaime	Jaime	Jaime	Jaime	
02	Jhon Ferreira	1100009	Oficial	Area								
03	Fabio Bocanegra	1006026556	Ayudante	Area								
04	Luis Pinilla	79.239.559	Ayudante	Area								
05	Brayan Pinilla	1019098858	Pintor	Area								
06	Nelson Moreno		Pintor	Area								
07	Ramiro Galicia	6085311	Pintor	Area								
08												
09												
10												
11												
12												

	PERMISO DE TRABAJO	Código del Documento: FOR-SST-016
		Versión 00 — 26/03/2021
		Página 1 de 1

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: mebog

ACTIVIDAD A EJECUTAR: estucar

PERMISO No.:

LOCALIZACIÓN: Piso 6

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HASTA	
7	6	2021	7:00	A.M. ☒ P.M. ☐	5:00	A.M. ☐ P.M. ☒

FIN

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HASTA	
12	6	202	7:00	A.M. ☒ P.M. ☐	5:00	A.M. ☐ P.M. ☒

RIESGOS INVOLUCRADOS CON LA ACTIVIDAD A REALIZAR POR EL EJECUTOR DEL TRABAJO

FISICOS		MECANICOS		QUIMICOS	
1. RUIDO	☒	1. TRABAJOS EN ALTURA	☒	1. GASES / VAPORES INFLAMABLES	☐
2. ILUMINACIÓN DEFICIENTE.	☐	2. ALMACENAMIENTO DE MATERIALES	☐	2. MATERIAL PARTICULADO	☒
3. TEMPERATURA ALTA	☐	3. CONTACTO CON SUPERFICIES CALIENTES	☐	3. HUMOS	☐
4. TEMPERATURA BAJA	☐	4. PROYECCIÓN DE PARTICULAS	☐	4. LIQUIDOS	☐
5. VENTILACIÓN DEFICIENTE	☐	5. SUPERFICIES LISAS O IRREGULARES	☐	5. NEBLINAS	☐
6. RADIACION IONIZANTE	☐	6. SISTEMAS PRESURIZADOS	☐	6.	☐
7. RADIACION NO IONIZANTE.	☐	7. PRESION DE FLUIDOS	☐	7.	☐
8. SUPERFICIES CALIENTES	☐	8. USO DE HERRAMIENTAS	☒	8.	☐
9. USO FUENTES RADIACTIVAS	☐	9. OPER.DE MAQUINAS Y EQUIPOS	☐	10.	☐
10.	☐	10.	☐	11.	☐

ELECTRICOS		BIOMECÁNICOS		OTROS	
1. CONTACTO DIRECTO ELECTRIC.	☐	1. SOBRE ESFUERZOS	☐	1. ESPACIO CONFINADO	☐
2. INTERV. SISTEMAS ELECTRICOS	☐	2. MOVIMIENTOS REPETITIVOS	☒	2. APERTURA DE SIST. PROCESO	☐
3. LINEAS ENERGIZADAS	☐	3. POSTURAS INADECUADAS	☐	3. MANEJO DE EXPLOSIVOS	☐
4. USO HERRAMIENTAS ELECTRICAS.	☐	4. MOVIMIENTOS FORZADOS	☐	4. POTENCIAL DE DERRAMES	☐
5.	☐	5. MANEJO MANUAL DE CARGAS	☐	5. GEN.DE RESIDUOS SOLIDOS/LIQUIDOS	☐
6.	☐	6.	☐	6. VERTIMIENTOS	☐
7.	☐	7.	☐	7. PRESENCIA DE ANIMALES	☐
8.	☐	8.	☐	8. EROSIÓN / DESCAPOTE.	☐
				9. POLUCIÓN	☐

MEDIDAS DE CONTROL Y PREVENCIÓN EJECUTOR DEL TRABAJO (VER PLAN DE SST)

1. ILUMINACION ADICIONAL	☒	11. CIERRE DE VIAS	☐	21. RECIPIENTES DISPOCISION RESIDUOS.	☐
2. USO GUARDAS / MAMPARAS	☐	12. SUSPENDER CELULARES	☒	22. A.T.S. (Analisis del Trabajo Seguro)	☒
3. ADECUACIÓN DE TERRENO	☐	13. VERFICACIÓN LISTAS DE CHEQUEO	☐	23. USO DE CUERDA GUIA (VIENTOS)	☐
4. BLOQUEO Y ETIQUETADO	☐	14. USO DE EQUIPO DE PROTECCION CC	☒	24. PERSONAL CALIFICADO	☐
5. SEÑALIZACIÓN DE AREA	☐	15. DESPRESURIZAR	☐	25. EQUIPO DE EMERGENCIA ADICIONAL	☐
6. MONITOREO DE ATMOSFERA	☐	16. E.P.P. ESPECIAL	☐	26. EQUIPO DE COMUNICACIONES	☐
7. EXTINTORES PQS (ABC)	☐	17. E.P.P. ADICIONAL	☐	27. KIT DE DERRAMES EN ÁREA	☐
8. ATERRIZAR EQUIPOS	☐	18. IMPLEMENTAR EL PROCEDIMIENTO	☐	28. USO DE TELA OLEOFILICA	☐
9. BOTIQUIN PRIMEROS AUXILIOS.	☐	19. INERTIZAR	☐	29. INSTALACIÓN BARRERAS	☐
10. USO DE EXTRACTORES	☐	20. HOJAS DE SEGURIDAD (MSDS)	☐	30. OTRO.	☐

EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL Y EQUIPO DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

1. OVEROL (CAMISA, PANTALÓN)	☒	7. PETO	☐	13. CUERDAS, GANCHOS	☐
2. CASCO	☒	8. PROTECCIÓN EN MANOS	☒	14. MASCARILLA POLVO/ HUMOS	☐
3. BOTAS DE SEGURIDAD	☒	9. VENTILACIÓN FORZADA	☐	15. RESP. VAPORES ÁCIDOS	☐
4. PROTECCIÓN DE OJOS	☒	10. ARNÉS Y LÍNEA DE VIDA	☐	16. REPIRADOR VAPORES ORG.	☐
5. PROTECCIÓN FACIAL	☐	11. EQUIPO AIRE AUTOCONTENIDO	☐	17. OTRO	☐
6. PROTECCIÓN PARA OÍDOS	☒	12. ESCAFANDRA	☐		

EVALUACION DE ATMOSFERAS PELIGROSAS CONFINADAS

TIPO DE GAS	LECTURA		CONCENTRACIÓN PERMISIBLE	SI	NO
O_2			ENTRE 19,5% Y 23,5%		
LEL			0		
H_2S			MENOR DE 10 PPM		
CO			MENOR 35 PPM		

MONITOREO ATMOSFERAS PELIGROSAS ENCONTRADAS

HORA	O2	LEL	H2S	CO

ACTIVIDADES CRITICAS A EJECUTAR (SELECCIONAR ESCRIBIR APLICA)

1. TRABAJO EN ALTURA	
2. EXCAVACIÓN	
3. ESPACIO CONFINADO	
4. DEMOLICIÓN	

EJECUTOR (RESPONSABLE SST O COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS SEGÚN APLIQUE)

CERTIFICO QUE HE VERIFICADO LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD Y SE ENCUENTRAN IMPLEMENTADAS PARA DAR INICIO A LA ACTIVIDAD

FIRMA: Laura Gore

NOMBRE: Laura Cabrera

No. Licencia S.O.:

APROBACIÓN

CERTIFICO QUE EL TRABAJO PUEDE EJECUTARSE DE MANERA SEGURA

FIRMA (AUTORIDAD MAXIMA DEL AREA):

NOMBRE:

FINALIZACIÓN Y CIERRE PERMISO

CERTIFICO QUE EL ÁREA Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS CON ESTE PERMISO ESTÁN EN CONDICIONES SEGURAS Y DE ORDEN Y ASEO.

FIRMA (RESPONSABLE SST O COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS -CUANDO APLIQUE):

NOMBRE:

No. Licencia S.O.

EL PERMISO DE TRABAJO PUEDE SER CANCELADO CUANDO SE INCUMPLA LO DESCRITO EN EL PROCEDIMIENTO DE ALTO RIESGO

Nº	Ítems	SI	ND	NA	Observaciones
01	El área a intervenir requiere mediciones ambientales?		X		
02	Se informó al personal sobre los riesgos operativos a que está expuesto?	X			
03	El personal conoce los procedimientos técnicos, de seguridad y control ambiental requeridos?	X			
04	El personal responsable de los trabajos conoce el uso de los elementos de protección personal requeridos?	X			
05	El nivel de riesgo del trabajo, el equipo o el área requiere la presencia de un supervisor permanente?	X			
06	El personal conoce y entiende su función dentro del plan de emergencia y/o contingencia?	X			
07	Se autoriza la utilización de equipo eléctrico estudiando su uso en condiciones seguras?	X			
08	Se tiene registro de las inspecciones realizadas de los sistemas de protección y/o prevención contra caídas?	X			
09	Se han verificado y se lleva registro de maquinaria y equipo requerido para la actividad?	X			
10	El personal cuenta con evaluación médica de aptitud?	X			

EXCAVACIÓN		EPP Y EQUIPOS		EPP Y EQUIPOS		EPP Y EQUIPOS		TRABAJOS EN ALTURAS	
EPP Dieléctricos		EPP impermeables		EPP impermeables		EPP Contraincendio		EPCC Certificados	X
Extintor		Entibado resistente		Medición de gases		Extintor		Sistema de acceso seguro	X
Señalización		Señalización		Señalización		Señalización		Plataformas aseguradas	X
Delimitación de área		Delimitación de área		Equipo de autocontenido		Delimitación de área		Superficie o base nivelada	X
Iluminación		Iluminación		Acompañamiento		Iluminación		Andamios completamente armados	X
						Aclimatización de área		Distancia mínima con líneas energizadas	X
Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia	
Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso	

Nº													
01	Se esta(n) realizando otro(s) trabajo(s) que puede(n) afectar la seguridad y el buen desarrollo a lo señalado en este permiso?												
02	Nombre del o los contratistas involucrados:	1	Luis Cespedes			2				3			
03	Nombre del responsable SST:	1	Olvia Gon			2				3			
04	Las actividades se pueden realizar bajo medidas de control			SI	NO	Especifique las medidas:							
05	¿Se aprueba entre las partes permiso?		SI		NO	Firma responsable de SST	1		2			3	

Manuales	X	Hidráulicas		Análisis de Trabajo Seguro (ATS)	X	Lista de chequeo Trabajo espacio confinado	
Eléctricas		Mecánicas		Lista chequeo de equipos de protección caídas y Lista de verificación para trabajo en alturas	X	Lista de chequeo para excavación	
Neumáticas		Otra		Otro. Cual:_____		Otro. Cual:_____	

Nombre del Documento:		Código y versión:	
Nombre del Documento:		Código y versión:	
Nombre del Documento:		Código y versión:	

CONDICIÓN DE SALUD	TRABAJADORES													
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Traumas en cráneo y/o cara con pérdida de conocimiento, o intenso aturdimiento, ocurrido en las últimas 72 horas?		X		X										
Enfermedad del oído que ameritó tratamiento médico en las últimas 72 horas?		X		X										
Ingesta de medicamentos antigripales o que producen sueño 4 horas antes del inicio de la jornada de trabajo, prescrito por médico y con recomendaciones laborales por escrito?		X		X										
Aparición repentina de síntomas, con o sin aumento de intensidad en las últimas 72 horas, que producen trastornos del equilibrio?		X		X										

CONDICIÓN DE SALUD	TRABAJADORES													
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Traumas en cráneo y/o cara con pérdida de conocimiento, o intenso aturdimiento, ocurrido en las últimas 72 horas?														
Enfermedad del oído que ameritó tratamiento médico en las últimas 72 horas?														
Ingesta de medicamentos antigripales o que producen sueño 4 horas antes del inicio de la jornada de trabajo, prescrito por médico y con recomendaciones laborales por escrito?														
Aparición repentina de síntomas, con o sin aumento de intensidad en las últimas 72 horas, que producen trastornos del equilibrio?														

He leído y entendido este permiso de trabajo, observé las precauciones de seguridad y salud establecidas. Estoy enterado del trabajo a realizar, los riesgos asociados y se que precauciones debo tomar.

Nº	NOMBRE	No. DE CÉDULA	CARGO	HORA										
01	Robert Jocelyn Gonzalez	80126154	Ayudante				X	X						
02	Jairo Alberto Gonzalez	79586888	Ayudante				X	X						
03														
04														
05														
06														
07														
08														
09														
10														
11														
12														

	PERMISO DE TRABAJO	Código del Documento: FOR-SST-016
		Versión 00 | 26/03/2021
		Página 1 de 1

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: mebog

ACTIVIDAD A EJECUTAR: estuca y instalacion drywall

PERMISO No.:

LOCALIZACIÓN: Piso 2 y Sotano

andamio aluvia 1,35 mts

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
7	6	2021	7:00	A.M. X / P.M.	5:00	A.M. / P.M. X
12	6	2021	7:00	A.M. X / P.M.	5:00	A.M. / P.M. X

PELIGROS

FISICOS		MECÁNICOS		QUIMICOS	
1. RUIDO	X	1. TRABAJOS EN ALTURA	X	1. GASES / VAPORES INFLAMABLES	
2. ILUMINACIÓN DEFICIENTE.		2. ALMACENAMIENTO DE MATERIALES		2. MATERIAL PARTICULADO	X
3. TEMPERATURA ALTA		3. CONTACTO CON SUPERFICIES CALIENTES		3. HUMOS	
4. TEMPERATURA BAJA		4. PROYECCIÓN DE PARTICULAS		4. LIQUIDOS	
5. VENTILACIÓN DEFICIENTE		5. SUPERFICIES LISAS O IRREGULARES		5. NEBLINAS	
6. RADIACION IONIZANTE		6. SISTEMAS PRESURIZADOS		6.	
7. RADIACION NO IONIZANTE.		7. PRESION DE FLUIDOS		7.	
8. SUPERFICIES CALIENTES		8. USO DE HERRAMIENTAS	X	8.	
9. USO FUENTES RADIACTIVAS		9. OPER.DE MAQUINAS Y EQUIPOS		10.	
10.		10.		11.	

ELECTRICOS		BIOMECÁNICOS		OTROS	
1. CONTACTO DIRECTO ELECTRIC.		1. SOBRE ESFUERZOS		1. ESPACIO CONFINADO	
2. INTERV. SISTEMAS ELECTRICOS		2. MOVIMIENTOS REPETITIVOS	X	2. APERTURA DE SIST. PROCESO	
3. LINEAS ENERGIZADAS		3. POSTURAS INADECUADAS		3. MANEJO DE EXPLOSIVOS	
4. USO HERRAMIENTAS ELECTRICAS.		4. MOVIMIENTOS FORZADOS		4. POTENCIAL DE DERRAMES	
5.		5. MANEJO MANUAL DE CARGAS		5. GEN.DE RESIDUOS SOLIDOS/LIQUIDOS	
6.		6.		6. VERTIMIENTOS	
7.		7.		7. PRESENCIA DE ANIMALES	
8.		8.		8. EROSIÓN / DESCAPOTE.	
				9. POLUCIÓN	

ACTIVIDADES CRÍTICAS QUE REQUIEREN PERMISO DE TRABAJO

1. ILUMINACION ADICIONAL	X	11. CIERRE DE VIAS		21. RECIPIENTES DISPOCISION RESIDUOS.	
2. USO GUARDAS / MAMPARAS		12. SUSPENDER CELULARES	X	22. A.T.S. (Analisis del Trabajo Seguro)	X
3. ADECUACIÓN DE TERRENO		13. VERIFICACIÓN LISTAS DE CHEQUEO		23. USO DE CUERDA GUIA (VIENTOS)	
4. BLOQUEO Y ETIQUETADO		14. USO DE EQUIPO DE PROTECCION CC	X	24. PERSONAL CALIFICADO	
5. SEÑALIZACIÓN DE AREA		15. DESPRESURIZAR		25. EQUIPO DE EMERGENCIA ADICIONAL	
6. MONITOREO DE ATMOSFERA		16. E.P.P. ESPECIAL		26. EQUIPO DE COMUNICACIONES	
7. EXTINTORES PQS (ABC)		17. E.P.P. ADICIONAL		27. KIT DE DERRAMES EN AREA	
8. ATERRIZAR EQUIPOS		18. IMPLEMENTAR EL PROCEDIMIENTO		28. USO DE TELA OLEOFILICA	
9. BOTIQUIN PRIMEROS AUXILIOS.		19. INERTIZAR		29. INSTALACIÓN BARRERAS	
10. USO DE EXTRACTORES		20. HOJAS DE SEGURIDAD (MSDS)		30. OTRO.	

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS

1. OVEROL (CAMISA, PANTALÓN)	X	7. PETO		13. CUERDAS, GANCHOS	
2. CASCO	X	8. PROTECCIÓN EN MANOS	X	14. MASCARILLA POLVO/ HUMOS	
3. BOTAS DE SEGURIDAD	X	9. VENTILACIÓN FORZADA		15. RESP. VAPORES ÁCIDOS	
4. PROTECCIÓN DE OJOS	X	10. ARNÉS Y LÍNEA DE VIDA		16. REPIRADOR VAPORES ORG.	
5. PROTECCIÓN FACIAL		11. EQUIPO AIRE AUTOCONTENIDO		17. OTRO	
6. PROTECCIÓN PARA OÍDOS	X	12. ESCAFANDRA			

MONITOREO DE ATMOSFERA (ANTES Y DURANTE LA ACTIVIDAD)

Elemento	Lectura	Lectura	Rango	Lectura	Lectura
O_2			ENTRE 19,5% Y 23,5%		
LEL			0		
H_2S			MENOR DE 10 PPM		
CO			MENOR 35 PPM		

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

Equipo	No.	Herramienta	No.	Otro	No.

ACTIVIDADES PREVIAS AL PERMISO

1. TRABAJO EN ALTURA X
2. EXCAVACIÓN
3. ESPACIO CONFINADO
4. DEMOLICIÓN

AUTORIZACIÓN DE PERMISO (PERSONAL AUTORIZADO COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS - SEGÚN APLIQUE)

CERTIFICO QUE HE VERIFICADO LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD Y SE ENCUENTRAN IMPLEMENTADAS PARA DAR INICIO A LA ACTIVIDAD

FIRMA: laura Gómez

NOMBRE: laura Gómez

No. Licencia S.O.:

AUTORIZACIÓN

CERTIFICO QUE EL TRABAJO PUEDE EJECUTARSE DE MANERA SEGURA

FIRMA (AUTORIDAD MAXIMA DEL AREA):

NOMBRE:

VERIFICACIÓN DE PERMISO

CERTIFICO QUE EL ÁREA Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS CON ESTE PERMISO ESTÁN EN CONDICIONES SEGURAS Y DE ORDEN Y ASEO.

FIRMA (RESPONSABLE SST O COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS -CUANDO APLIQUE):

NOMBRE:

No. Licencia S.O.

EL PERMISO DE TRABAJO PUEDE SER CANCELADO CUANDO SE INCUMPLA LO DESCRITO EN EL PROCEDIMIENTO DE ALTO RIESGO

N°	Rutinarios	SI	NO	NA	Observaciones
01	El área a intervenir requiere mediciones ambientales?	X			
02	Se informó al personal sobre los riesgos operativos a que está expuesto?	X			
03	El personal conoce los procedimientos técnicos, de seguridad y control ambiental requeridos?	X			
04	El personal responsable de los trabajos conoce el uso de los elementos de protección personal requeridos?	X			
05	El nivel de riesgo del trabajo, el equipo o el área requiere la presencia de un supervisor permanente?	X			
06	El personal conoce y entiende su función dentro del plan de emergencia y/o contingencia?	X			
07	Se autoriza la utilización de equipo eléctrico estudiando su uso en condiciones seguras?	X			
08	Se tiene registro de las inspecciones realizadas de los sistemas de protección y/o prevención contra caídas?	X			
09	Se han verificado y se lleva registro de maquinaria y equipo requerido para la actividad?	X			
10	El personal cuenta con evaluación médica de aptitud?	X			

EPP Básico		EPP Impermeables		EPP Impermeables		EPP Contraestante		EPCC Certificados	
EPP Dieléctricos		EPP Impermeables		EPP Impermeables		EPP Contraestante		EPCC Certificados	X
Extintor		Entibado resistente		Medición de gases		Extintor		Sistema de acceso seguro	X
Señalización		Señalización		Señalización		Señalización		Plataformas aseguradas	X
Delimitación de área		Delimitación de área		Equipo de autocontenido		Delimitación de área		Superficie o base nivelada	X
Iluminación		Iluminación		Acompañamiento		Iluminación		Andamios completamente armados	
						Acllmatización de área		Distancia mínima con líneas energizadas	
Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia	X
Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso	X

01	Se está(n) realizando otro(s) trabajo(s) que puede(n) afectar las seguridad y el buen desarrollo a lo señalado en este permiso?												
02	Nombre del o los contratistas involucrados:	1	Luis Castellanos			2				3			
03	Nombre del responsable SST:	1	Laura Gaviria			2				3			
04	Las actividades se pueden realizar bajo medidas de control	SI		NO		Especifique las medidas:	Uso de EPCC						
05	¿Se aprueba entre las partes permiso?	X SI		NO		Firma responsable de SST	1	Laura Gaviria	2		3		

Manuales	X	Hidráulicas	
Eléctricas		Mecánicas	
Neumáticas		Otra	

Análisis de Trabajo Seguro (ATS)	X	Lista de chequeo Trabajo espacio confinado	
Lista chequeo de equipos de protección caídas y Lista de verificación para trabajo en alturas	X	Lista de chequeo para excavación	
Otro. Cual:_____		Otro. Cual:_____	

Nombre del Documento:		Código y versión:
Nombre del Documento:		Código y versión:
Nombre del Documento:		Código y versión:

Traumas en cráneo y/o cara con pérdida de conocimiento, o intenso aturdimiento, ocurrido en la últimas 72 horas?		X		X		X																			
Enfermedad del oído que ameritó tratamiento médico en las últimas 72 horas?		X		X		X																			
Ingesta de medicamentos antigripales o que producen sueño 4 horas antes del inicio de la jornada de trabajo, prescrito por médico y con recomendaciones laborales por escrito?		X		X		X																			
Aparición repentina de síntomas, con o sin aumento de intensidad en las últimas 72 horas, que producen trastornos del equilibrio?		X		X		X																			

Traumas en cráneo y/o cara con pérdida de conocimiento, o intenso aturdimiento, ocurrido en la últimas 72 horas?																									
Enfermedad del oído que ameritó tratamiento médico en las últimas 72 horas?																									
Ingesta de medicamentos antigripales o que producen sueño 4 horas antes del inicio de la jornada de trabajo, prescrito por médico y con recomendaciones laborales por escrito?																									
Aparición repentina de síntomas, con o sin aumento de intensidad en las últimas 72 horas, que producen trastornos del equilibrio?																									

He leído y entendido este permiso de trabajo, observé las precauciones de seguridad y salud establecidas. Estoy entrenado del trabajo a realizar, los riesgos asociados y se que precauciones debo tomar.

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	EPS	ARL	FIRMA					
01	Miguel Uribe	9741478	Oficial	Sura		Miguel	Miguel	Miguel	Miguel	Miguel	
02	Jose Uribe	85018300	Oficial	Sura							
03	Benjamin Giraldo	1024480	Ayudante	Sura							
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											
11											
12											

	PERMISO DE TRABAJO	Código del Documento: FOR-SST-016	Versión: 00	26/03/2021	Página 1 de 1

PROYECTO: mebocy

ACTIVIDAD A EJECUTAR: Pintar

PERMISO No.:

LOCALIZACIÓN: Piso 1

FECHA Y HORA

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	DESDE		HASTA	
7	6	2021	7:00	A.M. X / P.M.	5:00	A.M. / P.M. X
12	6	2021	7:00	A.M. X / P.M.	5:00	A.M. / P.M. X

PELIGROS

FISICOS		MECÁNICOS		QUIMICOS	
1. RUIDO	X	1. TRABAJOS EN ALTURA	X	1. GASES / VAPORES INFLAMABLES	
2. ILUMINACIÓN DEFICIENTE.	X	2. ALMACENAMIENTO DE MATERIALES		2. MATERIAL PARTICULADO	X
3. TEMPERATURA ALTA		3. CONTACTO CON SUPERFICIES CALIENTES		3. HUMOS	
4. TEMPERATURA BAJA		4. PROYECCIÓN DE PARTICULAS		4. LIQUIDOS	
5. VENTILACIÓN DEFICIENTE		5. SUPERFICIES LISAS O IRREGULARES		5. NEBLINAS	
6. RADIACION IONIZANTE		6. SISTEMAS PRESURIZADOS		6.	
7. RADIACION NO IONIZANTE.		7. PRESION DE FLUIDOS		7.	
8. SUPERFICIES CALIENTES		8. USO DE HERRAMIENTAS		8.	
9. USO FUENTES RADIACTIVAS		9. OPER DE MAQUINAS Y EQUIPOS		10.	
10.		10.		11.	

ELECTRICOS		BIOMECÁNICOS		OTROS	
1. CONTACTO DIRECTO ELECTRIC.		1. SOBRE ESFUERZOS		1. ESPACIO CONFINADO	
2. INTERV. SISTEMAS ELECTRICOS		2. MOVIMIENTOS REPETITIVOS	X	2. APERTURA DE SIST. PROCESO	
3. LINEAS ENERGIZADAS		3. POSTURAS INADECUADAS		3. MANEJO DE EXPLOSIVOS	
4. USO HERRAMIENTAS ELECTRICAS.		4. MOVIMIENTOS FORZADOS		4. POTENCIAL DE DERRAMES	
5.		5. MANEJO MANUAL DE CARGAS		5. GEN DE RESIDUOS SOLIDOS/LIQUIDOS	
6.		6.		6. VERTIMIENTOS	
7.		7.		7. PRESENCIA DE ANIMALES	
8.		8.		8. EROSIÓN / DESCAPOTE.	
				9. POLUCIÓN	

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL

1. ILUMINACION ADICIONAL	X	11. CIERRE DE VIAS		21. RECIPIENTES DISPOCISION RESIDUOS.	
2. USO GUARDAS / MAMPARAS		12. SUSPENDER CELULARES	X	22. A.T.S. (Analisis del Trabajo Seguro)	X
3. ADECUACIÓN DE TERRENO		13. VERIFICACIÓN LISTAS DE CHEQUEO		23. USO DE CUERDA GUIA (VIENTOS)	
4. BLOQUEO Y ETIQUETADO		14. USO DE EQUIPO DE PROTECCION CC	X	24. PERSONAL CALIFICADO	
5. SEÑALIZACIÓN DE AREA		15. DESPRESURIZAR		25. EQUIPO DE EMERGENCIA ADICIONAL	
6. MONITOREO DE ATMOSFERA		16. E.P.P. ESPECIAL		26. EQUIPO DE COMUNICACIONES	
7. EXTINTORES PQS (ABC)		17. E.P.P. ADICIONAL		27. KIT DE DERRAMES EN AREA	
8. ATERRIZAR EQUIPOS		18. IMPLEMENTAR EL PROCEDIMIENTO		28. USO DE TELA OLEOFILICA	
9. BOTIQUIN PRIMEROS AUXILIOS.		19. INERTIZAR		29. INSTALACIÓN BARRERAS	
10. USO DE EXTRACTORES		20. HOJAS DE SEGURIDAD (MSDS)		30. OTRO.	

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y OTROS EQUIPOS DE PROTECCIÓN

1. OVEROL (CAMISA, PANTALÓN)	X	7. PETO		13. CUERDAS, GANCHOS	
2. CASCO	X	8. PROTECCIÓN EN MANOS		14. MASCARILLA POLVO/ HUMOS	X
3. BOTAS DE SEGURIDAD	X	9. VENTILACIÓN FORZADA		15. RESP. VAPORES ÁCIDOS	
4. PROTECCIÓN DE OJOS	X	10. ARNÉS Y LÍNEA DE VIDA		16. RESPIRADOR VAPORES ORG.	X
5. PROTECCIÓN FACIAL		11. EQUIPO AIRE AUTOCONTENIDO		17. OTRO	
6. PROTECCIÓN PARA OÍDOS	X	12. ESCAFANDRA			

MONITOREO DE ATMOSFERA

O_2			ENTRE 19,5% Y 23,5%	
LEL			0	
H_2S			MENOR DE 10 PPM	
CO			MENOR 35 PPM	

MEDIDAS DE CONTINGENCIA PARA EMERGENCIAS

AUTORIZACIÓN DE TRABAJO EN ALTURAS - PARA LOS TRABAJOS QUE APLIQUE

1. TRABAJO EN ALTURA	X
2. EXCAVACIÓN	
3. ESPACIO CONFINADO	
4. DEMOLICIÓN	

RESPONSABLE DE LA COORDINACIÓN DE TRABAJO EN ALTURAS -CUANDO APLIQUE

CERTIFICO QUE HE VERIFICADO LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD Y SE ENCUENTRAN IMPLEMENTADAS PARA DAR INICIO A LA ACTIVIDAD

FIRMA: Laura Gómez

NOMBRE: Laura G. Gómez G.

No. Licencia S.O.:

AUTORIZACIÓN

CERTIFICO QUE EL TRABAJO PUEDE EJECUTARSE DE MANERA SEGURA

FIRMA (AUTORIDAD MAXIMA DEL AREA):

NOMBRE:

CIERRE DEL PERMISO

CERTIFICO QUE EL ÁREA Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS CON ESTE PERMISO ESTÁN EN CONDICIONES SEGURAS Y DE ORDEN Y ASEO.

FIRMA (RESPONSABLE SST O COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS -CUANDO APLIQUE):

NOMBRE:

No. Licencia S.O.

EL PERMISO DE TRABAJO PUEDE SER CANCELADO CUANDO SE INCUMPLA LO DESCRITO EN EL PROCEDIMIENTO DE ALTO RIESGO

REQUERIMIENTOS DE SEGURIDAD

Nº	Rutinarios	SI	NO	NA	Observaciones
01	El área a intervenir requiere mediciones ambientales?		X		
02	Se informó al personal sobre los riesgos operativos a que está expuesto?	X			
03	El personal conoce los procedimientos técnicos, de seguridad y control ambiental requeridos?	X			
04	El personal responsable de los trabajos conoce el uso de los elementos de protección personal requeridos?	X			
05	El nivel de riesgo del trabajo, el equipo o el área requiere la presencia de un supervisor permanente?	X			
06	El personal conoce y entiende su función dentro del plan de emergencia y/o contingencia?	X			
07	Se autoriza la utilización de equipo eléctrico estudiando su uso en condiciones seguras?	X			
08	Se tiene registro de las inspecciones realizadas de los sistemas de protección y/o prevención contra caídas?	X			
09	Se han verificado y se lleva registro de maquinaria y equipo requerido para la actividad?	X			
10	El personal cuenta con evaluación médica de aptitud?	X			

MAQUINARIA, EQUIPOS O ELEMENTOS REQUERIDOS

ELÉCTRICO		EXCAVACIONES		ESPACIOS CONFINADOS		TRABAJO EN CALIENTE		TRABAJO EN ALTURAS	
EPP Dieléctricos		EPP impermeables		EPP impermeables		EPP Contrarrestante		EPCC Certificados	
Extintor		Entibado resistente		Medición de gases		Extintor		Sistema de acceso seguro	X
Señalización		Señalización		Señalización		Señalización		Plataformas aseguradas	
Delimitación de área		Delimitación de área		Equipo de autocontenido		Delimitación de área		Superficie o base nivelada	
Iluminación	X	Iluminación		Acompañamiento		Iluminación...	X	Andamios completamente armados	
						Acitmatización de área		Distancia mínima con líneas energizadas	
Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia	
Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso	

CONDICIONES Y ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

Nº									SI	NO	NA
01	Se esta(n) realizando otro(s) trabajo(s) que pueda(n) afectar las seguridad y el buen desarrollo a lo señalado en este permiso?										
02	Nombre del o los contratistas involucrados:	1	luis Cespedes		2		3				
03	Nombre del responsable SST:	1	Javier Gomez		2		3				
04	Las actividades se pueden realizar bajo medidas de control		SI	NO	Especifique las medidas:						
05	¿Se aprueba entre las partes permiso?	SI	X	NO	Firma responsable de SST	1		2		3	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales	X	Hidráulicas	
Eléctricas		Mecánicas	X
Neumáticas		Otra	

PERMISOS Y CERTIFICADOS REQUERIDOS

Análisis de Trabajo Seguro (ATS)	X	Lista de chequeo Trabajo espacio confinado	
Lista chequeo de equipos de protección caídas y Lista de verificación para trabajo en alturas		Lista de chequeo para excavación	
Otro. Cual:_____		Otro. Cual:_____	

PROCEDIMIENTOS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS

Nombre del Documento:		Código y versión:	
Nombre del Documento:		Código y versión:	
Nombre del Documento:		Código y versión:	

CONDICIONES FÍSICAS	1 SI	1 NO	2 SI	2 NO	3 SI	3 NO	4 SI	4 NO	5 SI	5 NO	6 SI	6 NO
Traumas en cráneo y/o cara con pérdida de conocimiento, o intenso aturdimiento, ocurrido en la últimas 72 horas?		X		X								
Enfermedad del oído que ameritó tratamiento médico en las últimas 72 horas?		X		X								
Ingesta de medicamentos antigripales o que producen sueño 4 horas antes del inicio de la jornada de trabajo, prescrito por médico y con recomendaciones laborales por escrito?		X		X								
Aparición repentina de síntomas, con o sin aumento de intensidad en las últimas 72 horas, que producen trastornos del equilibrio?		X		X								

CONDICIONES FÍSICAS	7 SI	7 NO	8 SI	8 NO	9 SI	9 NO	10 SI	10 NO	11 SI	11 NO	12 SI	12 NO
Traumas en cráneo y/o cara con pérdida de conocimiento, o intenso aturdimiento, ocurrido en la últimas 72 horas?												
Enfermedad del oído que ameritó tratamiento médico en las últimas 72 horas?												
Ingesta de medicamentos antigripales o que producen sueño 4 horas antes del inicio de la jornada de trabajo, prescrito por médico y con recomendaciones laborales por escrito?												
Aparición repentina de síntomas, con o sin aumento de intensidad en las últimas 72 horas, que producen trastornos del equilibrio?												

He leído y entendido este permiso de trabajo, observé las precauciones de seguridad y salud establecidas. Estoy enterado del trabajo a realizar, los riesgos asociados y se que precauciones debo tomar.

TRABAJADORES AUTORIZADOS

No.	NOMBRE	No. CÉDULA	CARGO	EPS	HORA	FIRMAS DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6
01	Jairo Arias		Auxiliar	Axa							
02	Luis Manuel	1193527986	Pintor	Axa							
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											
11											
12											

	PERMISO DE TRABAJO CL CONSTRUCCIONES Y MANTENIMIENTO SAS	Fecha	Pagina
		31/03/2021	1
		Codigo de Documento	Versión: 00
		PE-SST-001	

Permiso No. _____ Proyecto MEBOG ARL AXA COLPATRIA

INICIO DEL PERMISO DE TRABAJO		
DD	MM	AAAA
31	5	2021
DESDE	7:00	17:00

FIN DEL PERMISO DE TRABAJO		
DD	MM	AAAA
5	6	2021
DESDE	7:00	17:00

ACTIVIDAD CRITICA A DESARROLLAR

Trabajo en Alturas	X		Trabajo de demolición			Espacios Confinados	
Excavación			Izaje de Cargas			Trabajo Eléctrico	
Trabajo en Caliente			Otro			Cual?	

Para espacios confinados: Resultado del monitoreo de la atmosfera (gas medido, resultado y aprobación de la medida)::

RIESGOS PRESENTES

FISICOS		MECANICOS	
1. RUIDO	X	1. TRABAJOS EN ALTURA	X
2. ILUMINACIÓN DEFICIENTE.	X	2. ALMACENAMIENTO DE MATERIALES	
3. TEMPERATURA ALTA		3. CONTACTO CON SUPERFICIES CALIENTES	
4. TEMPERATURA BAJA		4. PROYECCIÓN DE PARTICULAS	X
5. VENTILACIÓN DEFICIENTE		5. SUPERFICIES LISAS O IRREGULARES	
6. RADIACION IONIZANTE		6. SISTEMAS PRESURIZADOS	
7. RADIACION NO IONIZANTE.		7. PRESION DE FLUIDOS	
8. SUPERFICIES CALIENTES		8. USO DE HERRAMIENTAS	X
BIOMECANICOS		9. OPER.DE MAQUINAS Y EQUIPOS	X
1. SOBRE ESFUERZOS	X	**OTROS**	
2. MOVIMIENTOS REPETITIVOS	X	1. ESPACIO CONFINADO	
3. POSTURAS INADECUADAS	X	2. APERTURA DE SIST. PROCESO	
4. MOVIMIENTOS FORZADOS	X	3. MANEJO DE EXPLOSIVOS	
5. MANEJO MANUAL DE CARGAS	X	4. POTENCIAL DE DERRAMES	
ELECTRICOS		5. GEN.DE RESIDUOS SOLIDOS/LIQUIDOS	
1. CONTACTO DIRECTO ELECTRIC.		6. VERTIMIENTOS	
2. INTERV. SISTEMAS ELECTRICOS		7. PRESENCIA DE ANIMALES	
3. LINEAS ENERGIZADAS		8. EROSIÓN / DESCAPOTE	
4. USO HERRAMIENTAS ELECTRICAS.		9. POLUCIÓN	
QUIMICOS		**QUIMICOS**	
1. GASES / VAPORES INFLAMABLES		3. HUMOS	
2. MATERIAL PARTICULADO	X	4. LIQUIDOS / NEBLINAS	

MEDIDAS DE CONTROL

1. ILUMINACION ADICIONAL	X	11. CIERRE DE VIAS		21. RECIPIENTES DISPOSICION RESIDUOS.	
2. USO GUARDAS / MAMPARAS		12. SUSPENDER CELULARES		22. A.T.S. (Analisis del Trabajo Seguro)	X
3. ADECUACIÓN DE TERRENO	X	13. VERIFICACIÓN LISTAS DE CHEQUEO	X	23. USO DE CUERDA GUIA (VIENTOS)	
4. BLOQUEO Y ETIQUETADO		14. USO DE EQUIPO DE PROTECCION CC	X	24. PERSONAL CALIFICADO	X
5. SEÑALIZACIÓN DE AREA		15. DESPRESURIZAR		25. EQUIPO DE EMERGENCIA ADICIONAL	
6. MONITOREO DE ATMOSFERA		16. E.P.P. ESPECIAL		26. EQUIPO DE COMUNICACIONES	X
7. EXTINTORES PQS (ABC)		17. E.P.P. ADICIONAL		27. KIT DE DERRAMES EN AREA	
8. ATERRIZAR EQUIPOS		18. IMPLEMENTAR EL PROCEDIMIENTO		28. USO DE TELA OLEOFILICA	
9. BOTIQUIN PRIMEROS AUXILIOS.		19. INERTIZAR		29. INSTALACIÓN BARRERAS	
10. USO DE EXTRACTORES		20. HOJAS DE SEGURIDAD (MSDS)		30. OTRO.	

EPP

X	1. OVEROL (CAMISA, PANTALÓN)		7. PETO		13. EQUIPO AIRE AUTOCONTENIDO
X	2. CASCO	X	8. PROTECCIÓN EN MANOS		14. MASCARILLA POLVO/ HUMOS
X	3. BOTAS DE SEGURIDAD		9. VENTILACIÓN FORZADA		15. RESP. VAPORES ÁCIDOS
X	4. PROTECCIÓN DE OJOS	X	10. ARNÉS Y LÍNEA DE VIDA		16. REPIRADOR VAPORES ORG.
X	5. PROTECCIÓN FACIAL		11. ESCAFANDRA		17. OTRO
X	6. PROTECCIÓN PARA OÍDOS		12. CUERDAS, GANCHOS	CUÁL?	

REQUERIMIENTOS SST

REQUERIMIENTO	SI	NO	NA
El área a intervenir requiere mediciones ambientales?		X	
Se informó al personal sobre los riesgos operativos a que está expuesto?	X		
El personal conoce los procedimientos técnicos, de seguridad y control ambiental requeridos?	X		
El personal responsable de los trabajos conoce el uso de los elementos de protección personal requeridos?	X		
El nivel de riesgo del trabajo, el equipo o el área requiere la presencia de un supervisor permanente?	X		
El personal conoce y entiende su función dentro del plan de emergencia y/o contingencia?	X		
Se autoriza la utilización de equipo eléctrico estudiando su uso en condiciones seguras?	X		
Se tiene registro de las inspecciones realizadas de los sistemas de protección y/o prevención contra caídas?	X		
Se han verificado y se lleva registro de maquinaria y equipo requerido para la actividad?	X		
El personal cuenta con evaluación médica de aptitud?	X		

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

X Manuales ☐ Hidráulicas ☐ Eléctricas ☐ Mecánicas ☐ Neumáticas ☐ Otra

PERMISOS REQUERIDOS

X	Análisis de Trabajo Seguro (ATS)		Lista de chequeo trabajo en espacio confinado	X	Lista de chequeo trabajo en alturas
	Lista de chequeo para excavación		Otros. Cuales?		

CONDICIONES FISICAS DE LOS TRABAJADORES

CONDICION	TRABAJADORES 1 SI	1 NO	2 SI	2 NO	3 SI	3 No	4 SI	4 No	5 SI	5 No	6 SI	6 No	7 SI	7 No
En las ultimas 72 horas ha prestao alguno de los siguientes sintomas: Pérdida de conocimiento, enfermedad de los oidos, transtornos del equilibro u otros sintomas a reportar?		X		X		X		X		X		X		X
En las ultima horas 4 horas ha realizado ingesta de medicamentos antigripeles o que producen sueño?														
En las ultimas 24 horas ha consumido licor u otras sustancias que afecten la actividad a desarrollar?														

TRABAJADORES

No.	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CEDULA	CARGO	ARL
1	Bladimir agudelo	1024488691	pintor	COLPATRIA
2	Fabio Bejarano	1006086566	pintor	COLPATRIA
3	Stiv manrique	1193527753	Pintor	COLPATRIA
4	Jairo Abreu	7515182	pintor	COLPATRIA
5	rabcito Calderon	80126154	pintor	COLPATRIA
6	luis eduardo pinilla	79239589	Pintor	COLPATRIA
7	Jose Videz	1080782609	oficial	COLPATRIA
8	Jaime Videz	9238772	oficial	COLPATRIA
9	Jhon Cerquera	84009381	oficial	COLPATRIA
10	Miguel Videz	9274728	oficial	COLPATRIA
11	nelson moreno	7465311	pintor	COLPATRIA
12	ramiro Galicia	6004511	pintor	COLPATRIA
13	Brayan Pinilla	1070918759	pintor	COLPATRIA
14				COLPATRIA
15				COLPATRIA
16				COLPATRIA
17				COLPATRIA

FIRMAS DE LOS TRABAJADORES

Con mi firma certifico que he leído y entendido este permiso de trabajo, del mismo modo observé las precauciones de seguridad y salud establecidas, así mismo estoy enterado del trabajo a realizar, los riesgos asociados, los procedimientos establecidos y las precauciones que debo tomar.

No.	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6
	31/05/2021	1/06/2021	2/06/2021	3/06/2021	4/06/2021	5/06/2021
1						
2	Fabio B.	Fabio B	Fabio B	Fabio B.	Fabio B	Fabio B
3						
4						
5						
6						
7						
8	Jaime	Jaime	Jaime	Jaime	Jaime	Jaime
9						
10	Miguel	Miguel	Miguel	Miguel	Miguel	Miguel
11						
12	Ramiro	Ramiro	Ramiro	Ramiro	Ramiro	Ramiro
13						
14						
15						
16						
17						

Nombre y número de cédula de la persona que autoriza (Coordinador) por parte del CONSORCIO	Firma
LAURA GERALDINE GOMEZ GUASCA C.C.1001316429	
Nombre y número cédula del responsable (Contratista)	**Firma**
IVAN DARIO BERNAL SAENZ C.C. 80913706	

DAVAB SAS

NIT.900895058	**PERMISO DE TRABAJO DAVAB CONSTRUCCIONES SAS**	Fecha	Pagina 1
		1/10/2019	Versión: 00
		Codigo de Documento	
		FT-SST-062	

Permiso No. _____ Proyecto _____ MEBOG _____ ARL _____

INICIO DEL PERMISO DE TRABAJO		
DD	MM	AAAA
21	6	2021
DESDE		
7:00		17:00

FIN DEL PERMISO DE TRABAJO		
DD	MM	AAAA
26	6	2021
DESDE		
7:00		17:00

ACTIVIDAD CRITICA A DESARROLLAR

Trabajo en Alturas	X		Trabajo de demolición			Espacios Confinados	
Excavación			Izaje de Cargas			Trabajo Eléctrico	
Trabajo en Caliente			Otro			Cual?	

Para espacios confinados: Resultado del monitoreo de la atmosfera (gas medido, resultado y aprobación de la medida)::

RIESGOS PRESENTES

FISICOS	
1. RUIDO	X
2. ILUMINACIÓN DEFICIENTE.	
3. TEMPERATURA ALTA	
4. TEMPERATURA BAJA	
5. VENTILACIÓN DEFICIENTE	
6. RADIACION IONIZANTE	
7. RADIACION NO IONIZANTE.	
8. SUPERFICIES CALIENTES	
BIOMECANICOS	
1. SOBRE ESFUERZOS	X
2. MOVIMIENTOS REPETITIVOS	X
3. POSTURAS INADECUADAS	X
4. MOVIMIENTOS FORZADOS	X
5. MANEJO MANUAL DE CARGAS	X
ELECTRICOS	
1. CONTACTO DIRECTO ELECTRIC.	
2. INTERV. SISTEMAS ELECTRICOS	
3. LINEAS ENERGIZADAS	
4. USO HERRAMIENTAS ELECTRICAS.	
QUIMICOS	
1. GASES / VAPORES INFLAMABLES	
2. MATERIAL PARTICULADO	X

MECANICOS	
1. TRABAJOS EN ALTURA	X
2. ALMACENAMIENTO DE MATERIALES	
3. CONTACTO CON SUPERFICIES CALIENTES	
4. PROYECCIÓN DE PARTICULAS	X
5. SUPERFICIES LISAS O IRREGULARES	
6. SISTEMAS PRESURIZADOS	
7. PRESION DE FLUIDOS	
8. USO DE HERRAMIENTAS	X
9. OPER.DE MAQUINAS Y EQUIPOS	
OTROS	
1. ESPACIO CONFINADO	
2. APERTURA DE SIST. PROCESO	
3. MANEJO DE EXPLOSIVOS	
4. POTENCIAL DE DERRAMES	
5. GEN.DE RESIDUOS SOLIDOS/LIQUIDOS	
6. VERTIMIENTOS	
7. PRESENCIA DE ANIMALES	
8. EROSIÓN / DESCAPOTE.	
9. POLUCIÓN	
QUIMICOS	
3. HUMOS	
4. LIQUIDOS / NEBLINAS	X

MEDIDAS DE CONTROL

1. ILUMINACION ADICIONAL		11. CIERRE DE VIAS		21. RECIPIENTES DISPOSICION RESIDUOS.	
2. USO GUARDAS / MAMPARAS		12. SUSPENDER CELULARES		22. A.T.S. (Analisis del Trabajo Seguro)	X
3. ADECUACIÓN DE TERRENO		13. VERFICACIÓN LISTAS DE CHEQUEO		23. USO DE CUERDA GUIA (VIENTOS)	
4. BLOQUEO Y ETIQUETADO		14. USO DE EQUIPO DE PROTECCION CC	X	24. PERSONAL CALIFICADO	X
5. SEÑALIZACIÓN DE AREA	X	15. DESPRESURIZAR		25. EQUIPO DE EMERGENCIA ADICIONAL	
6. MONITOREO DE ATMOSFERA		16. E.P.P. ESPECIAL		26. EQUIPO DE COMUNICACIONES	X
7. EXTINTORES PQS (ABC)		17. E.P.P. ADICIONAL		27. KIT DE DERRAMES EN AREA	
8. ATERRIZAR EQUIPOS		18. IMPLEMENTAR EL PROCEDIMIENTO		28. USO DE TELA OLEOFILICA	
9. BOTIQUIN PRIMEROS AUXILIOS.		19. INERTIZAR		29. INSTALACIÓN BARRERAS	
10. USO DE EXTRACTORES		20. HOJAS DE SEGURIDAD (MSDS)		30. OTRO.	

EPP

X	1. OVEROL (CAMISA, PANTALÓN)		7. PETO		13. EQUIPO AIRE AUTOCONTENIDO
X	2. CASCO	X	8. PROTECCIÓN EN MANOS		14. MASCARILLA POLVO/ HUMOS
X	3. BOTAS DE SEGURIDAD		9. VENTILACIÓN FORZADA		15. RESP. VAPORES ÁCIDOS
X	4. PROTECCIÓN DE OJOS	X	10. ARNÉS Y LÍNEA DE VIDA		16. REPIRADOR VAPORES ORG.
	5. PROTECCIÓN FACIAL		11. ESCAFANDRA		17. OTRO
X	6. PROTECCIÓN PARA OÍDOS		12. CUERDAS, GANCHOS		CUÁL?

REQUERIMIENTOS SST

REQUERIMIENTO	SI	NO	NA
El área a intervenir requiere mediciones ambientales?		X	
Se informó al personal sobre los riesgos operativos a que está expuesto?	X		
El personal conoce los procedimientos técnicos, de seguridad y control ambiental requeridos?	X		
El personal responsable de los trabajos conoce el uso de los elementos de protección personal requeridos?	X		
El nivel de riesgo del trabajo, el equipo o el área requiere la presencia de un supervisor permanente?	X		
El personal conoce y entiende su función dentro del plan de emergencia y/o contingencia?	X		
Se autoriza la utilización de equipo eléctrico estudiando su uso en condiciones seguras?	X		
Se tiene registro de las inspecciones realizadas de los sistemas de protección y/o prevención contra caídas?	X		
Se han verificado y se lleva registro de maquinaria y equipo requerido para la actividad?	X		
El personal cuenta con evaluación médica de aptitud?	X		

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

[X] Manuales [ ] Hidráulicas [X] Eléctricas [X] Mecánicas [ ] Neumáticas [ ] Otra

PERMISOS REQUERIDOS

[X] Análisis de Trabajo Seguro (ATS)	[ ] Lista de chequeo trabajo en espacio confinado	[ ] Lista de chequeo trabajo en alturas
[ ] Lista de chequeo para excavación	[ ] Otros. Cuales?	

CONDICIONES FISICAS DE LOS TRABAJADORES

CONDICION	TRABAJADORES 1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No
En las ultimsa 72 horas ha prentao alguno de los siguientes sintomas: Pérdida de conocimiento, enferemedad de los oidos, transtomos del equilibro u otros sintomas a reportar?		X		X		X		X		
En las ultima horas 4 horas ha realizado ingesta de medicamentos antigripales o que producen sueño?										
En las ultimas 24 horas ha consumido licor u otras sustancias que afecten la actividad a desarrollar?										

TRABAJADORES

No.	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CEDULA	CARGO	ARL
1	Guillermo Martinez	14,236,693	Contratista	POSITIVA
2	Jorge Perez	1,043,840,586	Oficial	POSITIVA
3	Jairo Betancourt	19,472,344	Oficial	POSITIVA
4	Orlando Romero	79,542,419	Oficial	POSITIVA
5	Jovanny Ramirez	1.010186303	Ayudante	POSITIVA

FIRMAS DE LOS TRABAJADORES

Con mi firma certifico que he leído y entendido este permiso de trabajo, del mismo modo observé las precauciones de seguridad y salud establecidas, así mismo estoy enterado del trabajo a realizar, los riesgos asociados, los procedimientos establecidos y las precauciones que debo tomar.

No.	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6
	21/06/2021	22/06/2021	23/06/2021	24/06/2021	25/06/2021	26/06/2021
1						
2						
3						
4						
5						

Nombre y número de cédula de la persona que autoriza (Coordinador) por parte del CONSORCIO	Firma
LAURA GERALDINE GOMEZ GUASCA C.C.1001314429	
Nombre y número cédula del responsable (Contratista)	**Firma**
GUILLERMO MARTINEZ C.C. 14236693	

	PERMISO DE TRABAJO DAVAB CONSTRUCCIONES SAS	Fecha	Pagina
			1
		1/10/2019	Versión: 00
		Codigo de Documento	
		FT-SST-062	

Permiso No. Proyecto MEBOG ARL

INICIO DEL PERMISO DE TRABAJO		
DD	MM	AAAA
14	6	2021
DESDE		
7:00		17:00

FIN DEL PERMISO DE TRABAJO		
DD	MM	AAAA
19	6	2021
DESDE		
7:00		17:00

ACTIVIDAD CRITICA A DESARROLLAR

Trabajo en Alturas	X		Trabajo de demolición			Espacios Confinados	
Excavación			Izaje de Cargas			Trabajo Eléctrico	
Trabajo en Caliente			Otro			Cual?	

Para espacios confinados: Resultado del monitoreo de la atmosfera (gas medido, resultado y aprobación de la medida)::

RIESGOS PRESENTES

FISICOS		MECANICOS	
1. RUIDO	X	1. TRABAJOS EN ALTURA	X
2. ILUMINACIÓN DEFICIENTE.		2. ALMACENAMIENTO DE MATERIALES	
3. TEMPERATURA ALTA		3. CONTACTO CON SUPERFICIES CALIENTES	
4. TEMPERATURA BAJA		4. PROYECCIÓN DE PARTICULAS	X
5. VENTILACIÓN DEFICIENTE		5. SUPERFICIES LISAS O IRREGULARES	
6. RADIACION IONIZANTE		6. SISTEMAS PRESURIZADOS	
7. RADIACION NO IONIZANTE.		7. PRESION DE FLUIDOS	
8. SUPERFICIES CALIENTES		8. USO DE HERRAMIENTAS	X
BIOMECANICOS		9. OPER.DE MAQUINAS Y EQUIPOS	
1. SOBRE ESFUERZOS	X	**OTROS**	
2. MOVIMIENTOS REPETITIVOS	X	1. ESPACIO CONFINADO	
3. POSTURAS INADECUADAS	X	2. APERTURA DE SIST. PROCESO	
4. MOVIMIENTOS FORZADOS	X	3. MANEJO DE EXPLOSIVOS	
5. MANEJO MANUAL DE CARGAS	X	4. POTENCIAL DE DERRAMES	
ELECTRICOS		5. GEN.DE RESIDUOS SOLIDOS/LIQUIDOS	
1. CONTACTO DIRECTO ELECTRIC.		6. VERTIMIENTOS	
2. INTERV. SISTEMAS ELECTRICOS		7. PRESENCIA DE ANIMALES	
3. LINEAS ENERGIZADAS		8. EROSIÓN / DESCAPOTE.	
4. USO HERRAMIENTAS ELECTRICAS.		9. POLUCIÓN	
QUIMICOS		**QUIMICOS**	
1. GASES / VAPORES INFLAMABLES		3. HUMOS	
2. MATERIAL PARTICULADO	X	4. LIQUIDOS / NEBLINAS	X

MEDIDAS DE CONTROL

1. ILUMINACION ADICIONAL		11. CIERRE DE VIAS		21. RECIPIENTES DISPOSICION RESIDUOS.	
2. USO GUARDAS / MAMPARAS		12. SUSPENDER CELULARES		22. A.T.S. (Analisis del Trabajo Seguro)	X
3. ADECUACIÓN DE TERRENO		13. VERFICACIÓN LISTAS DE CHEQUEO		23. USO DE CUERDA GUIA (VIENTOS)	
4. BLOQUEO Y ETIQUETADO		14. USO DE EQUIPO DE PROTECCION CC	X	24. PERSONAL CALIFICADO	X
5. SEÑALIZACIÓN DE AREA	X	15. DESPRESURIZAR		25. EQUIPO DE EMERGENCIA ADICIONAL	
6. MONITOREO DE ATMOSFERA		16. E.P.P. ESPECIAL		26. EQUIPO DE COMUNICACIONES	X
7. EXTINTORES PQS (ABC)		17. E.P.P. ADICIONAL		27. KIT DE DERRAMES EN AREA	
8. ATERRIZAR EQUIPOS		18. IMPLEMENTAR EL PROCEDIMIENTO		28. USO DE TELA OLEOFILICA	
9. BOTIQUIN PRIMEROS AUXILIOS.		19. INERTIZAR		29. INSTALACIÓN BARRERAS	
10. USO DE EXTRACTORES		20. HOJAS DE SEGURIDAD (MSDS)		30. OTRO.	

EPP

X	1. OVEROL (CAMISA, PANTALÓN)		7. PETO		13. EQUIPO AIRE AUTOCONTENIDO
X	2. CASCO	X	8. PROTECCIÓN EN MANOS		14. MASCARILLA POLVO/ HUMOS
X	3. BOTAS DE SEGURIDAD		9. VENTILACIÓN FORZADA		15. RESP. VAPORES ÁCIDOS
X	4. PROTECCIÓN DE OJOS	X	10. ARNÉS Y LÍNEA DE VIDA		16. REPIRADOR VAPORES ORG.
	5. PROTECCIÓN FACIAL		11. ESCAFANDRA		17. OTRO
X	6. PROTECCIÓN PARA OÍDOS		12. CUERDAS, GANCHOS		CUÁL?

REQUERIMIENTOS SST

REQUERIMIENTO	SI	NO	NA
El área a intervenir requiere mediciones ambientales?		X	
Se informó al personal sobre los riesgos operativos a que está expuesto?	X		
El personal conoce los procedimientos técnicos, de seguridad y control ambiental requeridos?	X		
El personal responsable de los trabajos conoce el uso de los elementos de protección personal requeridos?	X		
El nivel de riesgo del trabajo, el equipo o el área requiere la presencia de un supervisor permanente?	X		
El personal conoce y entiende su función dentro del plan de emergencia y/o contingencia?	X		
Se autoriza la utilización de equipo eléctrico estudiando su uso en condiciones seguras?	X		
Se tiene registro de las inspecciones realizadas de los sistemas de protección y/o prevención contra caídas?	X		
Se han verificado y se lleva registro de maquinaria y equipo requerido para la actividad?	X		
El personal cuenta con evaluación médica de aptitud?	X		

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

[X] Manuales [ ] Hidráulicas [X] Eléctricas [X] Mecánicas [ ] Nemáticas [ ] Otra

PERMISOS REQUERIDOS

[X] Análisis de Trabajo Seguro (ATS)	[ ] Lista de chequeo trabajo en espacio confinado	[ ] Lista de chequeo trabajo en alturas
[ ] Lista de chequeo para excavación	[ ] Otros. Cuales?	

CONDICIONES FISICAS DE LOS TRABAJADORES

CONDICION	TRABAJADORES 1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No
En las ultimsa 72 horas ha prentzo alguno de los siguientes sintomas: Pérdida de conocimiento, enfereemedad de los oidos, transtornos del equilibro u otros sintomas a reportar? En las ultima horas 4 horas ha realizado ingesta de medicamentos antigripales o que producen sueño? En las ultimas 24 horas ha consumido licor u otras sustancias que afecten la actividad a desarrollar?		X		X		X		X		

TRABAJADORES

No.	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CEDULA	CARGO	ARL
1	Guillermo Martinez	14,236,693	Contratista	POSITIVA
2	Jorge Perez	1,043,840,586	Oficial	POSITIVA
3	Jairo Betancourt	19,472,344	Oficial	POSITIVA
4	Orlando Romero	79,542,419	Oficial	POSITIVA
5	Jovanny Ramirez	1010 186 303	Ayudante	POSITIVA

FIRMAS DE LOS TRABAJADORES

Con mi firma certifico que he leído y entendido este permiso de trabajo, del mismo modo observé las precauciones de seguridad y salud establecidas, así mismo estoy enterado del trabajo a realizar, los riesgos asociados, los procedimientos establecidos y las precauciones que debo tomar.

No.	DIA 1 14/06/2021	DIA 2 15/06/2021	DIA 3 16/06/2021	DIA 4 17/06/2021	DIA 5 18/06/2021	DIA 6 19/06/2021
1						
2						
3						
4						
5						

Nombre y número de cédula de la persona que autoriza (Coordinador) por parte del CONSORCIO	Firma
LAURA GERALDINE GOMEZ GUASCA C.C.1001314429	
Nombre y número cédula del responsable (Contratista)	**Firma**
GUILLERMO MARTINEZ C.C. 14236693	

NIT 900895058	**PERMISO DE TRABAJO DAVAB CONSTRUCCIONES SAS**	Fecha	Pagina 1
		1/10/2019	Versión: 00
		Codigo de Documento	
		FT-SST-062	

Permiso No. Proyecto MEBOG ARL

INICIO DEL PERMISO DE TRABAJO		
DD	MM	AAAA
7	6	2021
DESDE		
7:00		17:00

FIN DEL PERMISO DE TRABAJO		
DD	MM	AAAA
12	6	2021
DESDE		
7:00		17:00

ACTIVIDAD CRITICA A DESARROLLAR

Trabajo en Alturas	X		Trabajo de demolición			Espacios Confinados	
Excavación			Izaje de Cargas			Trabajo Eléctrico	
Trabajo en Caliente			Otro			Cual?	

Para espacios confinados: Resultado del monitoreo de la atmosfera (gas medido, resultado y aprobación de la medida)::

RIESGOS PRESENTES

FISICOS		MECANICOS	
1. RUIDO	X	1. TRABAJOS EN ALTURA	X
2. ILUMINACIÓN DEFICIENTE.		2. ALMACENAMIENTO DE MATERIALES	
3. TEMPERATURA ALTA		3. CONTACTO CON SUPERFICIES CALIENTES	
4. TEMPERATURA BAJA		4. PROYECCIÓN DE PARTICULAS	X
5. VENTILACIÓN DEFICIENTE		5. SUPERFICIES LISAS O IRREGULARES	
6. RADIACION IONIZANTE		6. SISTEMAS PRESURIZADOS	
7. RADIACION NO IONIZANTE.		7. PRESION DE FLUIDOS	
8. SUPERFICIES CALIENTES		8. USO DE HERRAMIENTAS	X
BIOMECANICOS		9. OPER.DE MAQUINAS Y EQUIPOS	
1. SOBRE ESFUERZOS	X	**OTROS**	
2. MOVIMIENTOS REPETITIVOS	X	1. ESPACIO CONFINADO	
3. POSTURAS INADECUADAS	X	2. APERTURA DE SIST. PROCESO	
4. MOVIMIENTOS FORZADOS	X	3. MANEJO DE EXPLOSIVOS	
5. MANEJO MANUAL DE CARGAS	X	4. POTENCIAL DE DERRAMES	
ELECTRICOS		5. GEN.DE RESIDUOS SOLIDOS/LIQUIDOS	
1. CONTACTO DIRECTO ELECTRIC.		6. VERTIMIENTOS	
2. INTERV. SISTEMAS ELECTRICOS		7. PRESENCIA DE ANIMALES	
3. LINEAS ENERGIZADAS		8. EROSIÓN / DESCAPOTE.	
4. USO HERRAMIENTAS ELECTRICAS.		9. POLUCIÓN	
QUIMICOS		**QUIMICOS**	
1. GASES / VAPORES INFLAMABLES		3. HUMOS	
2. MATERIAL PARTICULADO	X	4. LIQUIDOS / NEBLINAS	X

MEDIDAS DE CONTROL

1. ILUMINACION ADICIONAL		11. CIERRE DE VIAS		21. RECIPIENTES DISPOSICION RESIDUOS.	
2. USO GUARDAS / MAMPARAS		12. SUSPENDER CELULARES		22. A.T.S. (Analisis del Trabajo Seguro)	X
3. ADECUACIÓN DE TERRENO		13. VERFICACIÓN LISTAS DE CHEQUEO		23. USO DE CUERDA GUIA (VIENTOS)	
4. BLOQUEO Y ETIQUETADO		14. USO DE EQUIPO DE PROTECCION CC	X	24. PERSONAL CALIFICADO	X
5. SEÑALIZACIÓN DE AREA	X	15. DESPRESURIZAR		25. EQUIPO DE EMERGENCIA ADICIONAL	
6. MONITOREO DE ATMOSFERA		16. E.P.P. ESPECIAL		26. EQUIPO DE COMUNICACIONES	X
7. EXTINTORES PQS (ABC)		17. E.P.P. ADICIONAL		27. KIT DE DERRAMES EN AREA	
8. ATERRIZAR EQUIPOS		18. IMPLEMENTAR EL PROCEDIMIENTO		28. USO DE TELA OLEOFILICA	
9. BOTIQUIN PRIMEROS AUXILIOS.		19. INERTIZAR		29. INSTALACIÓN BARRERAS	
10. USO DE EXTRACTORES		20. HOJAS DE SEGURIDAD (MSDS)		30. OTRO.	

EPP

X	1. OVEROL (CAMISA, PANTALÓN)		7. PETO		13. EQUIPO AIRE AUTOCONTENIDO
X	2. CASCO	X	8. PROTECCIÓN EN MANOS		14. MASCARILLA POLVO/ HUMOS
X	3. BOTAS DE SEGURIDAD		9. VENTILACIÓN FORZADA		15. RESP. VAPORES ÁCIDOS
X	4. PROTECCIÓN DE OJOS	X	10. ARNÉS Y LÍNEA DE VIDA		16. REPIRADOR VAPORES ORG.
	5. PROTECCIÓN FACIAL		11. ESCAFANDRA		17. OTRO
X	6. PROTECCIÓN PARA OÍDOS		12. CUERDAS, GANCHOS	CUÁL?	

REQUERIMIENTOS SST

REQUERIMIENTO	SI	NO	NA
El área a intervenir requiere mediciones ambientales?		X	
Se informó al personal sobre los riesgos operativos a que está expuesto?	X		
El personal conoce los procedimientos técnicos, de seguridad y control ambiental requeridos?	X		
El personal responsable de los trabajos conoce el uso de los elementos de protección personal requeridos?	X		
El nivel de riesgo del trabajo, el equipo o el área requiere la presencia de un supervisor permanente?	X		
El personal conoce y entiende su función dentro del plan de emergencia y/o contingencia?	X		
Se autoriza la utilización de equipo eléctrico estudiando su uso en condiciones seguras?	X		
Se tiene registro de las inspecciones realizadas de los sistemas de protección y/o prevención contra caídas?	X		
Se han verificado y se lleva registro de maquinaria y equipo requerido para la actividad?	X		
El personal cuenta con evaluación médica de aptitud?	X		

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

[X] Manuales [ ] Hidráulicas [X] Eléctricas [X] Mecánicas [ ] Nemáticas [ ] Otra

PERMISOS REQUERIDOS

[X] Análisis de Trabajo Seguro (ATS)
[ ] Lista de chequeo para excavación
[ ] Lista de chequeo trabajo en espacio confinado
[ ] Otros. Cuales?
[ ] Lista de chequeo trabajo en alturas

CONDICIONES FISICAS DE LOS TRABAJADORES

CONDICION	TRABAJADORES 1 SI	1 No	2 SI	2 No	3 SI	3 No	4 SI	4 No	5 SI	5 No
En las ultimsa 72 horas ha prentao alguno de los siguientes sintomas: Pérdida de conocimiento, enferemedad de los oidos, transtomos del equilibro u otros sintomas a reportar? En las ultima horas 4 horas ha realizado ingesta de medicamentos antigripales o que producen sueño? En las ultimas 24 horas ha consumido licor u otras sustancias que afecten la actividad a desarrollar?		X		X		X		X		

TRABAJADORES

No.	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CEDULA	CARGO	ARL
1	Guillermo Martinez	14,236,693	Contratista	POSITIVA
2	Jorge Perez	1,043,840,586	Oficial	POSITIVA
3	Jairo Betancourt	19,472,344	Oficial	POSITIVA
4	Orlando Romero	79,542,419	Oficial	POSITIVA
5	Joany Ramirez	1010186303	Oficial	POSITIVA

FIRMAS DE LOS TRABAJADORES

Con mi firma certifico que he leído y entendido este permiso de trabajo, del mismo modo observé las precauciones de seguridad y salud establecidas, así mismo estoy enterado del trabajo a realizar, los riesgos asociados, los procedimientos establecidos y las precauciones que debo tomar.

No.	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6
	7/06/2021	8/06/2021	9/06/2021	10/06/2021	11/06/2021	12/06/2021
1						
2						
3						
4						
5						

Nombre y número de cédula de la persona que autoriza (Coordinador) por parte del CONSORCIO	Firma
LAURA GERALDINE GOMEZ GUASCA C.C.1001314429	
Nombre y número cédula del responsable (Contratista)	**Firma**
GUILLERMO MARTINEZ C.C. 14236693	

	PERMISO DE TRABAJO DAVAB CONSTRUCCIONES SAS	Fecha	Pagina
NIT.900905059			1
		1/10/2019	Versión: 00
		Codigo de Documento	
		FT-SST-062	

Permiso No. _____ Proyecto MEBOG ARL _____

INICIO DEL PERMISO DE TRABAJO		
DD	MM	AAAA
31	5	2021
DESDE		
7:00		17:00

FIN DEL PERMISO DE TRABAJO		
DD	MM	AAAA
5	6	2021
DESDE		
7:00		17:00

ACTIVIDAD CRITICA A DESARROLLAR

Trabajo en Alturas	X		Trabajo de demolición			Espacios Confinados	
Excavación			Izaje de Cargas			Trabajo Eléctrico	
Trabajo en Caliente			Otro			Cual?	

Para espacios confinados: Resultado del monitoreo de la atmosfera (gas medido, resultado y aprobación de la medida)::

RIESGOS PRESENTES

FISICOS		MECANICOS	
1. RUIDO	X	1. TRABAJOS EN ALTURA	X
2. ILUMINACIÓN DEFICIENTE.		2. ALMACENAMIENTO DE MATERIALES	
3. TEMPERATURA ALTA		3. CONTACTO CON SUPERFICIES CALIENTES	
4. TEMPERATURA BAJA		4. PROYECCIÓN DE PARTICULAS	X
5. VENTILACIÓN DEFICIENTE		5. SUPERFICIES LISAS O IRREGULARES	
6. RADIACION IONIZANTE		6. SISTEMAS PRESURIZADOS	
7. RADIACION NO IONIZANTE.		7. PRESION DE FLUIDOS	
8. SUPERFICIES CALIENTES		8. USO DE HERRAMIENTAS	X
BIOMECANICOS		9. OPER.DE MAQUINAS Y EQUIPOS	
1. SOBRE ESFUERZOS	X	**OTROS**	
2. MOVIMIENTOS REPETITIVOS	X	1. ESPACIO CONFINADO	
3. POSTURAS INADECUADAS	X	2. APERTURA DE SIST. PROCESO	
4. MOVIMIENTOS FORZADOS	X	3. MANEJO DE EXPLOSIVOS	
5. MANEJO MANUAL DE CARGAS	X	4. POTENCIAL DE DERRAMES	
ELECTRICOS		5. GEN.DE RESIDUOS SOLIDOS/LIQUIDOS	
1. CONTACTO DIRECTO ELECTRIC.		6. VERTIMIENTOS	
2. INTERV. SISTEMAS ELECTRICOS		7. PRESENCIA DE ANIMALES	
3. LINEAS ENERGIZADAS		8. EROSIÓN / DESCAPOTE.	
4. USO HERRAMIENTAS ELECTRICAS.		9. POLUCIÓN	
QUIMICOS		**QUIMICOS**	
1. GASES / VAPORES INFLAMABLES		3. HUMOS	
2. MATERIAL PARTICULADO	X	4. LIQUIDOS / NEBLINAS	X

MEDIDAS DE CONTROL

1. ILUMINACION ADICIONAL		11. CIERRE DE VIAS		21. RECIPIENTES DISPOSICION RESIDUOS.	
2. USO GUARDAS / MAMPARAS		12. SUSPENDER CELULARES		22. A.T.S. (Analisis del Trabajo Seguro)	X
3. ADECUACIÓN DE TERRENO		13. VERFICACIÓN LISTAS DE CHEQUEO		23. USO DE CUERDA GUIA (VIENTOS)	
4. BLOQUEO Y ETIQUETADO		14. USO DE EQUIPO DE PROTECCION CC	X	24. PERSONAL CALIFICADO	X
5. SEÑALIZACIÓN DE AREA	X	15. DESPRESURIZAR		25. EQUIPO DE EMERGENCIA ADICIONAL	
6. MONITOREO DE ATMOSFERA		16. E.P.P. ESPECIAL		26. EQUIPO DE COMUNICACIONES	X
7. EXTINTORES PQS (ABC)		17. E.P.P. ADICIONAL		27. KIT DE DERRAMES EN AREA	
8. ATERRIZAR EQUIPOS		18. IMPLEMENTAR EL PROCEDIMIENTO		28. USO DE TELA OLEOFILICA	
9. BOTIQUIN PRIMEROS AUXILIOS.		19. INERTIZAR		29. INSTALACIÓN BARRERAS	
10. USO DE EXTRACTORES		20. HOJAS DE SEGURIDAD (MSDS)		30. OTRO.	

EPP

X	1. OVEROL (CAMISA, PANTALÓN)		7. PETO		13. EQUIPO AIRE AUTOCONTENIDO
X	2. CASCO	X	8. PROTECCIÓN EN MANOS		14. MASCARILLA POLVO/ HUMOS
X	3. BOTAS DE SEGURIDAD		9. VENTILACIÓN FORZADA		15. RESP. VAPORES ÁCIDOS
X	4. PROTECCIÓN DE OJOS	X	10. ARNÉS Y LÍNEA DE VIDA		16. REPIRADOR VAPORES ORG.
	5. PROTECCIÓN FACIAL		11. ESCAFANDRA		17. OTRO
X	6. PROTECCIÓN PARA OÍDOS		12. CUERDAS, GANCHOS		CUÁL?

REQUERIMIENTOS SST

REQUERIMIENTO	SI	NO	NA
El área a intervenir requiere mediciones ambientales?		X	
Se informó al personal sobre los riesgos operativos a que está expuesto?	X		
El personal conoce los procedimientos técnicos, de seguridad y control ambiental requeridos?	X		
El personal responsable de los trabajos conoce el uso de los elementos de protección personal requeridos?	X		
El nivel de riesgo del trabajo, el equipo o el área requiere la presencia de un supervisor permanente?	X		
El personal conoce y entiende su función dentro del plan de emergencia y/o contingencia?	X		
Se autoriza la utilización de equipo eléctrico estudiando su uso en condiciones seguras?	X		
Se tiene registro de las inspecciones realizadas de los sistemas de protección y/o prevención contra caídas?	X		
Se han verificado y se lleva registro de maquinaria y equipo requerido para la actividad?	X		
El personal cuenta con evaluación médica de aptitud?	X		

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

[X] Manuales [ ] Hidráulicas [X] Eléctricas [X] Mecánicas [ ] Neumáticas [ ] Otra

PERMISOS REQUERIDOS

[X] Análisis de Trabajo Seguro (ATS) [ ] Lista de chequeo trabajo en espacio confinado [ ] Lista de chequeo trabajo en alturas
[ ] Lista de chequeo para excavación [ ] Otros. Cuales?

CONDICIONES FISICAS DE LOS TRABAJADORES

CONDICION	TRABAJADORES 1 Si	1 No	2 Si	2 No	3 Si	3 No	4 Si	4 No	5 Si	5 No
En las ultimsa 72 horas ha prentao alguno de los siguientes sintomas: Pérdida de conocimiento, enferemedad de los oidos, transtornos del equilibro u otros sintomas a reportar? En las ultima horas 4 horas ha realizado ingesta de medicamentos antigripales o que producen sueño? En las ultimas 24 horas ha consumido licor u otras sustancias que afecten la actividad a desarrollar?		X		X		X		X		

TRABAJADORES

No.	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CEDULA	CARGO	ARL
1	Guillermo Martinez	14.236.693	Contratista	POSITIVA
2	Jorge Perez	1.043.840.586	Oficial	POSITIVA
3	Jairo Betancourt	19.472.344	Oficial	POSITIVA
4	Orlando Romero	79.542.419	Oficial	POSITIVA
5	Johnny Ramirez	1010186830	Plomero	POSITIVA

FIRMAS DE LOS TRABAJADORES

Con mi firma certifico que he leído y entendido este permiso de trabajo, del mismo modo observé las precauciones de seguridad y salud establecidas, así mismo estoy enterado del trabajo a realizar, los riesgos asociados, los procedimientos establecidos y las precauciones que debo tomar.

No.	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6
	31/05/2021	1/06/2021	2/06/2021	3/06/2021	4/06/2021	5/06/2021
1						
2						
3						
4						
5						

Nombre y número de cédula de la persona que autoriza (Coordinador) por parte del CONSORCIO	Firma
LAURA GERALDINE GOMEZ GUASCA C.C.1001314429	
Nombre y número cédula del responsable (Contratista)	Firma
GUILLERMO MARTINEZ C.C. 14236693	

MONTAJES J9