EDILBERTO ARENAS	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PERMISO DE TRABAJO	Versión 00 CODIGO ARENAS-SST-1 Fecha: OCTUBRE 10 de 2020

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: MEBOS

ACTIVIDAD A EJECUTAR: Desembarque de Tanque.

PERMISO No.:

LOCALIZACIÓN: Tanque.

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
23	09	2021	7am	A.M. X P.M.	5pm.	A.M. P.M.

FIN

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
25	04	2021	7am	A.M. P.M.	12M	A.M. P.M.

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

FISICOS		MECÁNICOS		QUIMICOS	
1. RUIDO	X	1. TRABAJOS EN ALTURA		1. GASES / VAPORES INFLAMABLES	
2. ILUMINACIÓN DEFICIENTE.		2. ALMACENAMIENTO DE MATERIALES	X	2. MATERIAL PARTICULADO	X
3. TEMPERATURA ALTA		3. CONTACTO CON SUPERFICIES CALIENTES		3. HUMOS	
4. TEMPERATURA BAJA		4. PROYECCIÓN DE PARTICULAS	X	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	X	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	X	5. GEN.DE RESIDUOS SOLIDOS/LIQUIDOS	
6.		6.		6. VERTIMIENTOS	
7.		7.		7. PRESENCIA DE ANIMALES	
8.		8.		8. EROSIÓN / DESCAPOTE.	
				9. POLUCIÓN	

CERTIFICACIÓN DE EFECTOS (SELECCIONAR LA QUE APLICA)

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

EL ELABORADOR DE LOS PERMISOS CORRESPONDIENTES (ENTIDAD SEGÚN APLIQUE)

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

FIRMA: Adriana Hoyos

NOMBRE:

No. Licencia S.O.: 1.019.014460

MEDIDAS DE CONTROL PREVENCIÓN EJECUTOR DE 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		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	
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): Adriana Hoyos

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		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			

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): Adriana Hoyos

NOMBRE:

No. Licencia S.O. 1-019-014460

MONITOREO ATMOSFERAS PERIODICAS CONFINADOS

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

MONITOREO ATMOSFERAS PERIODICAS CONFINADOS

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			

EQUIPOS Y ELEMENTOS ESPECIALES REQUERIDOS

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	X	Iluminación		Andamios completamente armados	
						Aclimatización 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	

OPERACIONES O ACTIVIDADES SIMULTÁNEAS

N°																	
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				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		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:	

[illegible]

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												

[illegible]

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

N°	NOMBRE	CC	CARGO	FIRMA	FIRMAS DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
01	Joan Gutierrez	1.035.069.513	Ayudante Positivo								
02	Jose Nadas	1.036.073.737	Ayudante Positivo								
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											
11											
12											

CONSTRUCCIÓN

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PERMISO DE TRABAJO

Versión 03
CODIGO
ARENAS-FOR-SST-16
Fecha: Octubre 31 de 2020

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: Mezclado

ACTIVIDAD A EJECUTAR: Desimbrado de Escalera

PERMISO No.:

LOCALIZACIÓN: Mezzanine del Auditorio Escalera piso 1 al 2

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
09	09	2021	7am	A.M. X / P.M.	5pm	A.M. / P.M

FIN

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
11	09	2021	7am	A.M. / P.M.	12 M	A.M / P.M

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

FISICOS

1. RUIDO
2. ILUMINACIÓN DEFICIENTE
3. TEMPERATURA ALTA
4. TEMPERATURA BAJA
5. VENTILACIÓN DEFICIENTE
6. RADIACION IONIZANTE
7. RADIACION NO IONIZANTE.
8. SUPERFICIES CALIENTES
9. USO POTENCIALMENTE REACTIVAS
10.

MECÁNICOS

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. USO DE MAQUINAS Y EQUIPOS
10.

QUÍMICOS

1. GASES / VAPORES INFLAMABLES
2. MATERIAL PARTICULADO — X
3. HUMOS
4. LIQUIDOS
5. NEBLINAS
6.
7.
8.
10.
11.

ELÉCTRICOS

1. CONTACTO DIRECTO ELECTRIC.
2. INTERV. SISTEMAS ELECTRICOS
3. LINEAS ENERGIZADAS
4. USO HERRAMIENTAS ELECTRICAS.
5.
6.
7.
8.

BIOMECÁNICOS

1. SOBRE ESFUERZOS — X
2. MOVIMIENTOS REPETITIVOS
3. POSTURAS INADECUADAS — X
4. MOVIMIENTOS FORZADOS — X
5. MANEJO MANUAL DE CARGAS — X
6.
7.
8.

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

ACTIVIDAD CRITICA A EJECUTAR (SELECCIONAR EL QUE APLICA)

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

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: Adriana Hoyos

NOMBRE: Adriana Hoyos

No. Licencia S.O 1.019.014460.

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

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

APROBACIÓN

CERTIFICO QUE EL TRABAJO PUEDE EJECUTARSE DE MANERA SEGURA

FIRMA (AUTORIDAD MAXIMA DEL AREA)

NOMBRE: Diego Arenes

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

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

FINALIZACION 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: Adriana Hoyos

No Licencia S.O 1.019.014460

EVALUACION DE ATMOSFERAS PELIGROSAS O NOCIVAS

TIPO GAS	LECTURA		LIMITES DE LECTURA	APROBADO SI	APROBADO 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	O_2	LEL	H_2S	CO

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		TRABAJO EN CALIENTE		TRABAJO EN ALTURAS	
EPP Dieléctricos		EPP impermeables		EPP Impermeables		EPP Contrarestante		EPCC Certificados	X
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	X
Iluminación		Iluminación		Acompañamiento		Iluminación		Andamios completamente armados	X
						Aclimatización 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	

OPERACIONES O ACTIVIDADES SIMULTÁNEAS

Nº													
01	Se está(n) realizando otro(s) trabajo(s) que pueda(n) afectar la seguridad y el buen desarrollo a lo señalado en este permiso?										SI	NO	NA
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		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 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	TRABAJADORES 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. CEDULA	CARGO	ARL	FIRMAS DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
01	Javier Mejia	1.016043894	Oficial para HV		—	—	—				—
02	Yeimy Cordero	1.032491864	Ayuda para HV		—	—	—				—
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											
11											
12											

ESTRUCTURAS Y ACABADOS LYR SAS

L&T Sca
ESTRUCTURAS Y ACABADOS
NIT 900865125-4

FORMATO

PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Fecha y hora de expedicion (inicio de la actividad)	AÑO	2021	DIA:	27	MES:	09	HORA:	7:00AM	TRABAJO RUTINARIO:	X
fecha y hora de finalizacion	AÑO	2021	DIA:	30	MES:	09	HORA:	5:00PM	TRABAJO OCASIONAL:	

1. DATOS PERSONALES		2. TIPO DE PERMISO		ALTURA APROXI. DE LA ACTIVIDAD (MTS)
NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	ABIERTO	CERRADO	
1 Osnaider Machuca	1026561467	✓	✓	6 mts
2 Ever Rodriguez	12402179	✓	✓	2 mts
3 Juan C. Molina	73563833	✓	✓	3 mts
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.

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 Osnaider Machuca
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

2 Ever Rodriguez
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

3 Juan C. Molina.
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
27-09-21	7:00 AM.	5:00 PM.	1 Osnaider 2 Ever 3 — 4 5 6		
28-09-21	7:00 AM.	5:00 PM.	1 Osnaider 2 Ever 3 — 4 5 6		
29-09-21	7:00 AM.	5:00 PM.	1 Osnaider 2 Ever 3 [illegible] 4 5 6		
30-09-21	7:00 AM.	5:00 PM	1 Osnaider 2 Ever 3 — 4 5 6		
			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

LyS Sas
ESTRUCTURAS Y ACABADOS
NIT 900885125-4

FORMATO

PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Fecha y hora de expedicion (inicio de la actividad)	AÑO	2021	DIA:	20	MES:	09	HORA:	7:00AM	TRABAJO RUTINARIO:	X
fecha y hora de finalizacion	AÑO	2021	DIA:	25	MES:	09	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	✓	✓	3mts
2 Ever Rodriguez	12402179	✓	✓	3mts
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:	Palustre, pulidora, 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 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 Osnaider Maelnca
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

2 Ever Rodriguez.
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

Sin Rodriguez
VB GESTOR SST

RENOVACIÓN DEL PERMISO

FECHA DE RENOVACIÓN	HORA INICIO	HORA FIN	FIRMA TRABAJADORES	FIRMA EMISOR	OBSERVACIONES
20-09-21	7:00 AM.	5:00 PM.	1 Osnaider 2 [illegible] 3 4 5 6		
21-09-21	7:00 AM.	5:00 PM	1 Osnaider 2 [illegible] 3 4 5 6		
22-09-21	7:00 AM.	5:00.	1 Osnaider 2 [illegible] 3 4 5 6		
23-09-21	7:00 AM.	5:00 PM.	1 Osnaider 2 [illegible] 3 4 5 6		
24-09-21	7:00 AM.	5:00 PM.	1 Osnaider 2 [illegible] 3 4 5 6		
25-09-21	7:00 AM.	12:00 PM.	1 Osnaider 2 [illegible] 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:	17	MES:	09	HORA:	13:00	TRABAJO RUTINARIO: X
fecha y hora de finalizacion	AÑO	2021	DIA:	18	MES:	09	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 Edwin Bejarano	79733523	✓	✓	3mts
2 Oscar Tique	1111264067	✓	✓	mts.
3				
4				
5				
6				

Sitio donde se ejecutara la tares	Exteriores eje 30 costado norte
Descripción de la actividad o tarea:	Fundida tubos encerramiento.
Describa el sistema de anclaje, ascenso y descenso:	Andamio.
Describa las herramientas o equipos adicionales a utilizar:	Embudo, 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 Edwin Beperaua.
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

2 Oscar Tique
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

Jeivis R.
VB JEFE INMEDIATO O ENCARGADO

VB GESTOR SST

RENOVACIÓN DEL PERMISO

FECHA DE RENOVACIÓN	HORA INICIO	HORA FIN	FIRMA TRABAJADORES	FIRMA EMISOR	OBSERVACIONES
17-09-21	7:00AM	5:00PM	1 2 3 4 5 6		
18-09-21	7:00 AM	2:00PM	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

LyrSos
ESTRUCTURAS Y ACABADOS
NIT 900885125-4

FORMATO

PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Fecha y hora de expedicion (inicio de la actividad)	AÑO	2021	DIA:	06	MES:	09	HORA:	7:00AM	TRABAJO RUTINARIO:	X
fecha y hora de finalizacion	AÑO	2021	DIA:	11	MES:	09	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 Maelwca	1026561462	✓	✓	2mts
2 Ever Rodriguez	12402179	✓	✓	15mts
3				
4				
5				
6				

Sitio donde se ejecutara la tares	
Descripción de la actividad o tarea:	Pintura, Demolición, Fundida, Resane
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 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 Ever Rodriguez
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

VB GESTOR SST

RENOVACIÓN DEL PERMISO

FECHA DE RENOVACIÓN	HORA INICIO	HORA FIN	FIRMA TRABAJADORES	FIRMA EMISOR	OBSERVACIONES
06-09-21	7:00 AM.	5:00 PM.	1 Osnaider 2 Ever 3 4 5 6		
07-09-21	7:00 AM.	5:00 PM.	1 Osnaider 2 Ever 3 4 5 6		
09-09-21	7:00 AM.	5:00 PM.	1 Osnaider 2 3 4 5 6		
10-09-21	7:00 AM.	5:00 PM.	1 Osnaider 2 3 4 5 6		
11-09-21	7:00 AM.	12:00 PM.	1 Osnaider 2 Ever 3 4 5 6		
			1 2 3 4 5 6		

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

[redacted]
ESTRUCTURAS Y ACABADOS
NIT 900885125-4

FORMATO

PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Fecha y hora de expedicion (inicio de la actividad)	AÑO	2021	DIA:	30	MES:	08	HORA:	7:00AM	TRABAJO RUTINARIO:	X
fecha y hora de finalizacion	AÑO	2021	DIA:	04	MES:	09	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	✓	✓	2mts
2 Osnaider Naelwca	1026561462	✓	✓	20 mts
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:	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 Ever Rodriguez.
FIRMA Y/O NOMBRE TRABAJADOR

2 Osnaider Machuca
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

VB JEFE INMEDIATO O ENCARGADO

VB GESTOR SST

RENOVACIÓN DEL PERMISO

FECHA DE RENOVACIÓN	HORA INICIO	HORA FIN	FIRMA TRABAJADORES	FIRMA EMISOR	OBSERVACIONES
30-08-2021	7:00 AM.	5:00PM	1 Ever 2 3 4 5 6		
31-08-21	7:00 AM	5:00PM	1 2 Osnaider 3 4 5 6		
01-09-21	7:00AM.	5:00PM.	1 2 Osnaider 3 4 5 6		
02-09-21	7:00 AM.	5:00PM	1 2 Osnaider 3 4 5 6		
03-09-21	7:00AM.	5:00 PM	1 2 Osnaider 3 4 5 6		
04-09-21	7:00 AM.	12:00PM	1 2 Osnaider 3 4 5 6		

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

SOLUCIONES Y CONSTRUCCIONES ALZATE SAS

ALZATE S.A.S	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PERMISO DE TRABAJO	Versión 00 CODIGO ALZATE-FOR-SST-15 Fecha: Enero de 2020

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: Obra mebog

ACTIVIDAD A EJECUTAR: Enrofrado y fundida de placa. Amatre de acero.

PERMISO No.: _____

LOCALIZACIÓN: Parqueadero

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
27	09	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	
30	09	2021	7:00	A.M. X P.M.	5:00	A.M. P.M. X

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

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	

ACTIVIDAD CRITICA A EJECUTAR (SELECCIONAR EL QUE APLICA)

1. TRABAJO EN ALTURA	✓
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: X

NOMBRE: Jesus Tony Rodriguez

No. Licencia S.O.: _____

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

1. ILUMINACIÓN 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 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): X

NOMBRE: Daniel Alzate

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPO DE PROTECCIÓN 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			

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): X

NOMBRE: Jesus Tony Rodriguez

No. Licencia S.O.

EVALUACIÓN DE ATMOSFERAS PELIGROSAS O NOCIVAS

TIPO DE LECTURA			LIMITES DE LECTURA	APROBADO	
				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 O NOCIVAS

HORA	O_2	LEL	H_2S	CO

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

7. 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 autoriza 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?	✓			

8. MAQUINARIA, EQUIPOS O ELEMENTOS ESPECIALES

8.1 ELECTRICO		8.2 EXCAVACIONES		8.3 ESPACIOS CONFINADOS		8.4 TRABAJO EN CALIENTE		8.5 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	✓
						Acimatización 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	✓

9. OPERACIONES O 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?			
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	

10. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales	✓	Hidráulicas	
Eléctricas	✓	Mecánicas	
Neumáticas		Otra	

11. PERMISOS Y CERTIFICADOS REQUERIDOS

Análisis de Trabajo Seguro (ATS)	✓	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:_____	

12. PROGRAMAS O PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

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

CONDICIONES FISICAS	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
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?		✓		✓								

CONDICIONES FISICAS	TRABAJADORES 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.

13. TRABAJADORES AUTORIZADOS

ANO	NOMBRE	No. CEDULA	CARGO	FIRMAS DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
01	Daniel Alzate	80004537	Encargado Sena							
02	Leison Blanquiceth	1045235860	Ayudante Sena							
03										
04										
05										
06										

ALZATE S.A.S	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PERMISO DE TRABAJO	Versión 00 CODIGO ALZATE-FOR-SST-16 Fecha: Enero de 2020

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: OBRA MEBOG.

ACTIVIDAD A EJECUTAR: Encofrado, fundida y desencofre de yarta.

PERMISO No.: _____

LOCALIZACIÓN: Parqueadero.

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
20	09	2021	7:00 AM	A.M. X P.M.	5:00	A.M. P.M. X

FIN

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
25	09	2021	7:00	A.M. X P.M.	2:00	A.M. P.M. X

RIESGOS INVOLUCRADOS CON LA ACTIVIDAD (REALIZADO 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	

ACTIVIDAD CRITICA A EJECUTAR (SELECCIONAR EL QUE APLICA)

1. TRABAJO EN ALTURA	✓
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:

NOMBRE: Jhon Pablo Rodriguez

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. 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 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: Daniel Alzate

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. ESCAFÁNDRA			

FINALIZACION/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: Jhon Pablo Rodriguez

No. Licencia S.O.

EVALUACIÓN DE ATMOSFERAS PELIGROSAS O NOCIVAS

TIPO DE LECTURA	LECTURA		LIMITES DE LECTURA	APROBADO SI	APROBADO 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?			✓	
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 autoriza 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 O ELEMENTOS ESPECIALES

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	✓
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	✓
						Acllmatización 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	✓

OPERACIONES O ACTIVIDADES SIMULTANEAS

N°														
01	Se esta(n) realizando otro(s) trabajo(s) que pueda(n) afectar la seguridad y el buen desarrollo a lo señalado en este permiso?											SI	NO	NA
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	✓	Hidráulicas	
Eléctricas	✓	Mecánicas	
Neumáticas		Otra	

PERMISOS Y CERTIFICADOS REQUERIDOS

Análisis de Trabajo Seguro (ATS)	✓	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:_____	

PROGRAMAS O PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

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

CONDICIONES FÍSICAS	TRABAJADORES 1		2		3		4		5		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?		✓		✓								

CONDICIONES FÍSICAS	TRABAJADORES 7		8		9		10		11		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?												
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	N° CÉDULA	CARGO	ARL	FIRMAS DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
01	Daniel Alzate	80004537	Encargado sura								
02	Yeison Blanquicet	1045235660	Ayudante sura								
03											
04											
05											
06											

ALZATE S.A.S

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PERMISO DE TRABAJO

Versión 00
CODIGO
ALZATE-FOR-SST-15
Fecha: Enero de 2020

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: OBRA MEBOG.

ACTIVIDAD A EJECUTAR: Corte y amarre de acero - garita, encofrado y fundida. Placa garita, descimbrado.

PERMISO No.:

LOCALIZACIÓN: Parqueadero

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
13	09	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	
10	09	2021	7:00	A.M. X / P.M.	03	A.M. / P.M. X

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

FISICOS		MECÁNICOS		QUÍMICOS	
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	

ACTIVIDAD CRITICA A EJECUTAR (SELECCIONAR EL QUE APLICA)

1. TRABAJO EN ALTURA ✓
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:

NOMBRE: Luz Mary Rodriguez

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. 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 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: Daniel Alzate

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: Luz Mary Rodriguez

No. Licencia S.O.

EVALUACIÓN DE ATMOSFERAS PELIGROSAS O NOCIVAS

TIPO DE GAS	LECTURA		LIMITES DE LECTURA	APROBADO SI	APROBADO 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	O_2	LEL	H_2S	CO

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 autoriza 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 O 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	✓
						Acllmatización 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	✓

Nº	OPERACIONES O ACTIVIDADES SIMULTANEAS													
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				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	✓	Hidráulicas	
Eléctricas	✓	Mecánicas	
Neumáticas		Otra	

PERMISOS Y CERTIFICADOS REQUERIDOS

Análisis de Trabajo Seguro (ATS)	✓	Lista de chequeo Trabajo espacio confinado	
Listá chequeo de equipos de protección caídas y Lista de verificación para trabajo en alturas		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	TRABAJADORES 1		2		3		4		5		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?		✓		✓								

CONDICIONES FISICAS	TRABAJADORES 7		8		9		10		11		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?												
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	FIRMAS DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
01	Daniel Mzate	80004537	Encargado	Sura							
02	Yeison Blanquicett	1045235660	Ayudante	Sura							
03											
04											
05											
06											

ALZATE S.A.S	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PERMISO DE TRABAJO	Versión 00 CODIGO ALZATE-FOR-SST-16 Fecha: Enero de 2020

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: OBRA Mebot.

ACTIVIDAD A EJECUTAR: Encofrado y fundida de ganta, de centrifugado de ganta

PERMISO No.: _____

LOCALIZACIÓN: Parqueadero.

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
06	09	2021	7:00	A.M. ✓ P.M.	5:00	A.M. P.M. ✓

FIN

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
11	09	2021	7:00	A.M. ✓ P.M.	12:00	A.M. P.M. ✓

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

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	

ACTIVIDAD CRITICA A EJECUTAR (SELECCIONAR EL QUE APLICA)

1. TRABAJO EN ALTURA	✓
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: X

NOMBRE: Luz Dary Rodriguez

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 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): X

NOMBRE: Daniel Alzate

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPO DE PROTECCIÓN 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			

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): X

NOMBRE: Luz Dary Rodriguez

No. Licencia S.O.: _____

EVALUACIÓN DE ATMOSFERAS PELIGROSAS O NOCIVAS

TOMAS	LECTURA		LIMITES DE LECTURA	APROBADO SI	APROBADO 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	O_2	LEL	H_2S	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?			✓	
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 autoriza 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 O ELEMENTOS ESPECIALES

ELECTRICO		EXCAVACIONES		ESPACIOS CONFINADOS		TRABAJO EN CALIENTE		TRABAJO EN ALTURAS	
EPP Dieléctricos		EPP impermeables		EPP impermeables		EPP Contrarestante		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	✓
						Acimatización 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	

OPERACIONES O ACTIVIDADES SIMULTÁNEAS

N°													
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			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	✓	Hidráulicas	
Eléctricas	✓	Mecánicas	
Neumáticas		Otra	

PERMISOS Y CERTIFICADOS REQUERIDOS

Análisis de Trabajo Seguro (ATS)	✓	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:_____	

PROGRAMAS O PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

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

CONDICIONES FÍSICAS	TRABAJADORES 1		2		3		4		5		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?		✓		✓								

CONDICIONES FÍSICAS	TRABAJADORES 7		8		9		10		11		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?												
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

N°.	NOMBRE	No. CEDULA	CARGO	FIRMAS									
				TOMA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7	DIA 8	DIA 9
01	Daniel Alzate	80004537	Encargado	Sura									—
02	Yeison Blanquicett	1045235660	Ayudante	Sura									—
03													
04													
05													
06													

ALZATE S.A.S	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PERMISO DE TRABAJO	Versión 00 CODIGO ALZATE-FOR-SST-16 Fecha: Enero de 2020

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: OBRA MEBOG.

ACTIVIDAD A EJECUTAR: Enmallado garita.

PERMISO No.: _____

LOCALIZACIÓN: Parqueadero.

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
30	08	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	
01	09	2021	7:00	A.M. X P.M.	12:00	A.M. P.M. X

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

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	

ACTIVIDAD CRITICA A EJECUTAR (SELECCIONAR EL QUE APLICA)

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: X

NOMBRE: Luz Mary Rodriguez

No. Licencia S.O.: _____

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

1. ILUMINACIÓN ADICIONAL		11. CIERRE DE VIAS		21. RECIPIENTES DISPOSICION 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 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): X

NOMBRE: Daniel Alzate

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPO DE PROTECCIÓN 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			

FINALIZACION 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): X

NOMBRE: Luz Mary Rodriguez

No. Licencia S.O. _____

EVALUACIÓN DE ATMOSFERAS PELIGROSAS O NOCIVAS

TIPO GAS	LECTURA		LIMITES DE LECTURA	APROBADO SI	APROBADO 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	INICIAL	FINAL	H_2S	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?			✓	
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 autoriza 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, OTROS ELEMENTOS ESPECIALES A UTILIZAR

TRABAJO ELÉCTRICO		EXCAVACIONES		ESPACIOS CONFINADOS		TRABAJO EN CALIENTE		TRABAJO EN ALTURAS	
EPP Dieléctricos		EPP Impermeables		EPP Impermeables		EPP Contraincendio		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	✓
						Aclimatización 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	✓

OPERACIONES O ACTIVIDADES SIMULTÁNEAS

N°														
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?											SI	NO	NA
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	✓	Hidráulicas	
Eléctricas	✓	Mecánicas	
Neumáticas		Otra	

PERMISOS Y CERTIFICADOS REQUERIDOS

Análisis de Trabajo Seguro (ATS)	✓	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:_____	

PROGRAMAS, PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

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

CONDICIONES FÍSICAS

CONDICIONES FÍSICAS	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?		✓		✓								

CONDICIONES FÍSICAS	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?												
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	FIRMAS DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
01	Daniel Mzate	80004537	Encargado	Sura							
02	Yeison Blanquicett	1104512356	Ayudante	Sura							
03											
04											
05											
06											

ESTRUCTURAS Y ACABADOS HCB SAS

1680

HcB

ESTRUCTURAS METALICAS HCB

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PERMISO DE TRABAJO

Versión 09
CODIGO
HCB-FOR-SST-16
Fecha: JUNIO de 2020

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: Obra Mebo6.

ACTIVIDAD A EJECUTAR: Instalación malla metalica en entrepecho.

PERMISO No.: _____

LOCALIZACIÓN: Entrepecho Segundo piso.

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
27	09	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	
30	09	2021	7:00	A.M. X / P.M.	5:00	A.M. / P.M. X

RIESGOS INVOLUCRADOS CON LA ACTIVIDAD REALIZADO POR EL EJECUTOR DEL TRABAJO

FISICOS	MECÁNICOS	QUÍMICOS
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 ELÉCTRICOS	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

ACTIVIDADES CRITICAS A EJECUTAR (SELECCIONAR SI APLICA)

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

ELABORACIÓN

PERSONA QUE SOLICITA EL PERMISO (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: [signature]

NOMBRE: Jesus Rodriguez

No. Licencia S.O.:

MEDIDAS DE CONTROL Y PREVENCIÓN EJECUTOR DEL TRABAJO (MARCAR LAS QUE APLIQUEN)

1. ILUMINACION ADICIONAL	11. CIERRE DE VIAS	21. RECIPIENTES DISPOCISION RESIDUOS.
2. USO GUARDAS / MAMPARAS	12. SUSPENDER CELULARES ✓	22. A.T.S. (Análisis 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 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): [signature]

NOMBRE:

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPO DE PROTECCIÓN 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			

EVALUACIÓN DE ATMÓSFERAS PELIGROSAS O NOCIVAS

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

MONITOREO ATMÓSFERAS PELIGROSAS O NOCIVAS

HORA	O_2	LEL	H_2S	CO

FINALIZACIÓN / 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): [signature]

NOMBRE: Jesus Rodriguez

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?			✓	
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 autoriza 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 O 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	✓
						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	✓

OPERACIONES O ACTIVIDADES SIMULTÁNEAS

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?											SI	NO	N/A
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	✓	Hidráulicas	
Eléctricas	✓	Mecánicas	
Neumáticas		Otra	

PERMISOS Y CERTIFICADOS REQUERIDOS

Análisis de Trabajo Seguro (ATS)	✓	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:_____	

PROGRAMAS O PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

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

CONDICIONES FÍSICAS — TRABAJADORES

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?		✓		✓								
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?		✓		✓								

CONDICIONES FÍSICAS — TRABAJADORES

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. CEDULA	CARGO	ARL	FIRMAS DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
01	Adolfo Torres	3947329	Amador	Sura	Adolfo	Adolfo	Adolfo				
02	Kevin Camargo	1001047288	Ayudante	Sura	+Kevin	Kevin	+Kevin				
03											
04											
05											
06											

HcB

ESTRUCTURAS METALICAS HCB

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PERMISO DE TRABAJO

Versión 00
CODIGO
HCB-FOR-SST-19
Fecha: JUNIO de 2020

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: Obra mebog

ACTIVIDAD A EJECUTAR: Instalación de mensulas y malla en entrepecho.

PERMISO No.: _____

LOCALIZACIÓN: Sotano Amebas

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
20	09	2021	7:00	A.M. ✓ P.M.	5:00	A.M. P.M. ✓

FIN

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
25	09	2021	7:00	A.M. ✓ P.M.	12	A.M. P.M. ✓

RIESGOS INVOLUCRADOS CON LA ACTIVIDAD REALIZADO POR EL EJECUTOR DEL TRABAJO

FISICOS

1. RUIDO	✓
2. ILUMINACIÓN DEFICIENTE.	
3. TEMPERATURA ALTA	
4. TEMPERATURA BAJA	
5. VENTILACIÓN DEFICIENTE	
6. RADIACION IONIZANTE	
7. RADIACION NO IONIZANTE.	
8. SUPERFICIES CALIENTES	
9. USO FUENTES RADIACTIVAS	
10.	

MECÁNICOS

1. TRABAJOS EN ALTURA	✓
2. ALMACENAMIENTO DE MATERIALES	
3. CONTACTO CON SUPERFICIES CALIENTES	
4. PROYECCIÓN DE PARTICULAS	✓
5. SUPERFICIES LISAS O IRREGULARES	✓
6. SISTEMAS PRESURIZADOS	
7. PRESION DE FLUIDOS	
8. USO DE HERRAMIENTAS	✓
9. OPER.DE MAQUINAS Y EQUIPOS	✓
10.	

QUIMICOS

1. GASES / VAPORES INFLAMABLES	
2. MATERIAL PARTICULADO	✓
3. HUMOS	
4. LIQUIDOS	
5. NEBLINAS	
6.	
7.	
8.	
10.	
11.	

ELECTRICOS

1. CONTACTO DIRECTO ELECTRIC.	
2. INTERV. SISTEMAS ELECTRICOS	
3. LINEAS ENERGIZADAS	
4. USO HERRAMIENTAS ELECTRICAS.	✓
5.	
6.	
7.	
8.	

BIOMECÁNICOS

1. SOBRE ESFUERZOS	✓
2. MOVIMIENTOS REPETITIVOS	✓
3. POSTURAS INADECUADAS	✓
4. MOVIMIENTOS FORZADOS	✓
5. MANEJO MANUAL DE CARGAS	✓
6.	
7.	
8.	

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	

ACTIVIDAD CRITICA A EJECUTAR (DESCRIBIR EL APLICA)

1. TRABAJO EN ALTURA	✓
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: [signature]

NOMBRE: Suzi Tatiana Rodriguez

No. Licencia S.O.: _____

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

1. ILUMINACION ADICIONAL		11. CIERRE DE VIAS	
2. USO GUARDAS / MAMPARAS		12. SUSPENDER CELULARES	✓
3. ADECUACIÓN DE TERRENO		13. VERFICACIÓN LISTAS DE CHEQUEO	
4. BLOQUEO Y ETIQUETADO		14. USO DE EQUIPO DE PROTECCION CC	
5. SEÑALIZACIÓN DE AREA		15. DESPRESURIZAR	
6. MONITOREO DE ATMOSFERA		16. E.P.P. ESPECIAL	
7. EXTINTORES PQS (ABC)		17. E.P.P. ADICIONAL	
8. ATERRIZAR EQUIPOS		18. IMPLEMENTAR EL PROCEDIMIENTO	
9. BOTIQUIN PRIMEROS AUXILIOS.		19. INERTIZAR	
10. USO DE EXTRACTORES		20. HOJAS DE SEGURIDAD (MSDS)	

21. RECIPIENTES DISPOCISION RESIDUOS.		26. EQUIPO DE COMUNICACIONES	
22. A.T.S. (Análisis del Trabajo Seguro)	✓	27. KIT DE DERRAMES EN AREA	
23. USO DE CUERDA GUIA (VIENTOS)		28. USO DE TELA OLEOFILICA	
24. PERSONAL CALIFICADO	✓	29. INSTALACIÓN BARRERAS	
25. EQUIPO DE EMERGENCIA ADICIONAL		30. OTRO. _____	

APROBACIÓN

CERTIFICO QUE EL TRABAJO PUEDE EJECUTARSE DE MANERA SEGURA

FIRMA (AUTORIDAD MAXIMA DEL AREA): [signature]

NOMBRE: _____

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

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

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): [signature]

NOMBRE: Suzi Tatiana Rodriguez

No. Licencia S.O.: _____

EVALUACIÓN DE ATMOSFERAS PELIGROSAS O NOCIVAS

TIPO GAS	LECTURA		LIMITES DE LECTURA	APROBADO SI	APROBADO 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

TIPO GAS				

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 autoriza 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 E ELEMENTOS ESPECIALES

ELÉCTRICO		EXCAVACIONES		ESPACIOS CONFINADOS		TRABAJO CALIENTE		TRABAJO EN ALTURAS	
EPP Dieléctricos		EPP Impermeables		EPP Impermeables		EPP Contraresistente		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	✓
						Aclimatización 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	✓

OPERACIONES O ACTIVIDADES SIMULTÁNEAS

Nº													
01	Se esta(n) realizando otro(s) trabajo(s) que pueda(n) afectar la seguridad y el buen desarrollo a lo señalado en este permiso?										SI	NO	NA
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		ND		Firma responsable de SST	1		2		3		

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales	✓	Hidráulicos	
Eléctricas	✓	Mecánicas	
Neumáticas		Otra	

PERMISOS Y CERTIFICADOS REQUERIDOS

Análisis de Trabajo Seguro (ATS)	✓	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:_____	

PROGRAMAS O PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

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

CONDICIONES FÍSICAS	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
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?		✓		✓								

CONDICIONES FÍSICAS	TRABAJADORES 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. CEDULA	CARGO	ARL	FIRMAS DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
01	Adolfo Torres	3947309	Armador	Sura	Adolfo	Adolfo	Adolfo	Adolfo	Adolfo	Adolfo	
02	Kevin Camargo	1001047208	Ayudante	Sura	—	—	Kevin	—	—	Kevin	
03											
04											
05											
06											

HcB

ESTRUCTURAS METALICAS HCB

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PERMISO DE TRABAJO

Versión 00
CODIGO
HCB-FOR-SST-16
Fecha: JUNIO de 2020

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: OBRA MEBOG

ACTIVIDAD A EJECUTAR: Instalación malla metalica.

PERMISO No.:

LOCALIZACIÓN: Plazoleta entrepecho Segundo piso

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
13	09	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	
18	09	2021	7:00	A.M. X P.M.	12:00	A.M. P.M. X

RIESGOS INVOLUCRADOS CON LA ACTIVIDAD (REALIZADO POR EJECUTOR DE TRABAJO)

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	

ACTIVIDADES ADICIONALES A REALIZAR (DESCRIPCIÓN BLOQUEO/ETC.)

1. TRABAJO EN ALTURA	✓
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:

NOMBRE: Jhon Fany Rodriguez

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. (Análisis 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 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: Jhon Fany Rodriguez

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPO DE PROTECCIÓN 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			

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: Jhon Fany Rodriguez

No. Licencia S.O.

EVALUACIÓN DE ATMOSFERAS PELIGROSAS O NOCIVAS

TIPO GAS	LECTURA		CUATES DE LECTURA	APROBADO SI	APROBADO 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	LEL	H_2S	CO

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 el 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 autoriza 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 O ELEMENTOS ESPECIALES

ELECTRICO		EXCAVACIONES		ESPACIOS CONFINADOS		TRABAJO EN CALIENTE		TRABAJO EN ALTURAS	
EPP Dieléctricos		EPP Impermeables		EPP Impermeables		EPP Contraincendio		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	✓
						Acitalización 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	✓

OPERACIONES O ACTIVIDADES SIMULTANEAS

Nº												SI	NO	NA
01	Se está(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				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	✓	Hidráulicas	
Eléctricas	✓	Mecánicas	
Neumáticas		Otro	

PERMISOS Y CERTIFICADOS REQUERIDOS

Análisis de Trabajo Seguro (ATS)	✓	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:_____	

PROGRAMAS O PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

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

CONDICIONES FISICAS	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
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?		✓		✓										

CONDICIONES FISICAS	TRABAJADORES 8 SI	8 NO	9 SI	9 NO	10 SI	10 NO	11 SI	11 NO	12 SI	12 NO	13 SI	13 NO	14 SI	14 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	ARL	FIRMAS DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
01	Adolfo Torres	3947329	Armador	Sura	Adolfo	Adolfo	Adolfo	Adolfo	Adolfo	Adolfo	
02	Kevin Camargo	1001047288	Ayudante	Sura	Kevin	Kevin	Kevin	Kevin	—	—	
03											
04											
05											
06											

HcB ESTRUCTURAS METALICAS HCB	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PERMISO DE TRABAJO	Versión 08 CODIGO HCB-FOR-SST-18 Fecha: JUNIO de 2020

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: OBRA MEBOG

ACTIVIDAD A EJECUTAR: Instalación malla metalica.

PERMISO No.:

LOCALIZACIÓN: plazoleta. Segundo piso entrepeeho

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
08	09	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	
11	09	2021	7:00	A.M. X / P.M.	12:00	A.M. / P.M. X

RIESGOS INVOLUCRADOS CON LA ACTIVIDAD REALIZADO POR EL EJECUTOR DEL TRABAJO

FÍSICOS		MECÁNICOS		QUÍMICOS	
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.	

ELÉCTRICOS		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 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. 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 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.	

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			

EVALUACIÓN DE ATMOSFERAS PELIGROSAS PASIVAS

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

MONITOREO ATMOSFERAS PELIGROSAS ACTIVAS

HORA	O_2	LEL	H_2S	CO

ACTIVIDAD CRÍTICA A EJECUTAR (SELECCIONAR EL QUE APLICA)

1. TRABAJO EN ALTURA	✓
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:

NOMBRE: Luis Fabian Rodriguez

No. Licencia S.O.:

APROBACIÓN

CERTIFICO QUE EL TRABAJO PUEDE EJECUTARSE DE MANERA SEGURA

FIRMA (AUTORIDAD MAXIMA DEL AREA):

NOMBRE:

FINALIZACIÓN / 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: Luis Fabian Rodriguez

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?			✓	
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 autoriza la utilización de equipo eléctrico estudiando su uso en condiciones seguras?	✓			
08	Se lleva 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 O ELEMENTOS ESPECIALES

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	✓
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	✓
						Aclimatización 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	✓

OPERACIONES O ACTIVIDADES SIMULTÁNEAS

N°										SI	NO	NA
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		

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales	✓	Hidráulicas	
Eléctricas	✓	Mecánicas	
Neumáticas		Otra	

PERMISOS Y CERTIFICADOS REQUERIDOS

Análisis de Trabajo Seguro (ATS)	✓	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:_____	

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 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?		✓		✓								
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?		✓		✓								

CONDICIONES FÍSICAS

CONDICIONES FÍSICAS	TRABAJADORES 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 las que precauciones debo tomar.

TRABAJADORES AUTORIZADOS

N°	NOMBRE	NO. CÉDULA	CARGO	FIRMA	FIRMAS DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
01	Adolfo Torres	3947329	Armador	Suva	—	—					
02	Kevin Camargo	1001047788	Ayudante	Suva	—	—					
03											
04											
05											
06											

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 autoriza 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 O ELEMENTOS ESPECIALES

TRABAJO ELÉCTRICO		TRABAJO EXCAVACIONES		TRABAJOS 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 asegurodas	✓
Delimitación de área		Delimitación de área		Equipo de autocontenido		Delimitación de área		Superficie o base nivelada	✓
Iluminación		Iluminación		Acompañamiento		Iluminación		Andamios completamente armados	✓
						Acimatización 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	

OPERACIONES O ACTIVIDADES SIMULTÁNEAS

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			Firma responsable de SST	1		2			3		
			NO										

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales	✓	Hidráulicas	
Eléctricas	✓	Mecánicas	
Neumáticas		Otra	

PERMISOS Y CERTIFICADOS REQUERIDOS

Análisis de Trabajo Seguro (ATS)	✓	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:_____	

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	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?		✓		✓								
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?		✓		✓								

CONDICIONES FÍSICAS

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?												
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?												

Ha leído y entendido este permiso de trabajo, observá 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	FIRMAS DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
01	Adolfo Torres	3947329	Armador	Sura					—		
02	Kevin Camargo	1001047888	Ayudante	Sura					—		
03											
04											
05											
06											

CI ENERGIA SOLAR SAS

1690

LAR
NS

ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO

CÓDIGO: FO-GI-005
VERSIÓN: 0
FECHA DE APROBACIÓN: 30/01/2020

instalacion de vidrio Borde del

rtes en el lugar de trabajo. (marque con una X el peligro y los controles)

fuentes de ruido. os equipos. lei equipo de el de ruido. ERNO no.	**BIOMECANICO** X **CONTROLES DEL RIESGO:** * No levantar más de 25 Kilos por trabajador. * Adoptar posturas adecuadas. * Realizar pausa activa. * Pedir ayuda para levantamiento de carga manual superior a 25 kg. * Evitar rotación de la cintura con la carga. * Usar ayuda mecánica para cargas que sobrepasen 25 Kg por trabajador.	**CAÍDA DE OBJETOS** X **CONTROLES DEL RIESGO:** * Instalar rodapiés a los andamios. * Usar protección individual contra caída de objetos contundentes. * Mantener zonas de transito delimitadas y distantes del riesgo de caída de objetos. * Asegurar contra caídas las piezas y/o herramientas con las que se esté trabajando.	**ATRAPAMIENTO** X **CONTROLES DEL RIESGO:** * Usar EPP adecuados en resistencia y talla. * Señalización de las áreas de maquinarias o equipos con piezas en movimiento * Mantener la configuración del equipo. * Ejecutar el Pre operacional del equipo de trabajo. * Respetar las consideraciones de seguridad de los equipos y herramientas * Mantener las guardas de seguridad.	**RIESGO QUIMICO** X **CONTROLES DEL RIESGO:** * Seguir las recomendaciones de almacenamiento y uso descritas en la hoja de seguridad MSD. * Utilizar EPP de acuerdo a la MSD de la sustancia química a utilizar. * Rotular todo recipiente que contenga sustancia química. * Socializar en áreas adyacentes el riesgo del químico a utilizar * Utilizar kit de derrame es acorde al tipo y a la cantidad de sustancias en uso.	**HERRAMIENTAS MANUALES** **CONTROLES DEL RIESGO:** * Verificar el estado de las herramientas antes de su uso (pre-operacional cuando aplique). *Usar EPP adecuados en resistencia y talla. *Garantizar una distancia segura entre compañeros de trabajo. * Utilizar herramientas adecuadas para cada actividad.
ICO X etaformas o ableados iquetado nergizados. s eléctricos	**IZAJE DE CARGA** X **CONTROLES DEL RIESGO:** * Mantenerse fuera de la línea de fuego de la carga. * No pasar por debajo de las cargas suspendidas. * Realizar los bloqueos y señalizaciones cuando aplique. * Realizar pre operacional del equipo y revisar los accesorios. * Ejecutar plan de izaje. * Garantizar la compatibilidad de los accesorios en el izaje.	**CAÍDA A DISTINTO NIVEL** X **CONTROLES DEL RIESGO:** * Mantener zonas de transito libre de obstáculos. * Se debe mantener limpio y ordenado el lugar de trabajo. * Definir zona de almacenamiento y apilamiento. * Evitar zonas lisa y humadas en el lugar de trabajo.	**MATERIAL PARTICULADO** X **CONTROLES DEL RIESGO:** * Utilizar los EPP adecuados. *Evitar acumulación de polvos y arenas. **TEMPERATURAS E ILUMINACION** **CONTROLES DEL RIESGO:** * Garantizar hidratación constante. *Reducir el tiempo de exposición. *Mantener iluminación adecuada durante los trabajos de noche	**TRABAJO EN CALIENTE** X **CONTROLES DEL RIESGO:** * Usar EPP adecuados para la tarea. * Delimitar el área de trabajo. * Identificación de atmosferas peligrosas. * Garantizar almacenamiento y traslado adecuado de cilindro de gases. * Realizar pre operacional del equipo * Contar Extintor en el área acorde a los riesgos identificados. * Evitar acumulación de gases y vaperes en el área.	**RIESGO BIOLÓGICO** **CONTROLES DEL RIESGO:** * Inspeccionar el sitio de trabajo antes de empezar la labor. * Adecuado estado de alerta durante la actividad para determinar presencia de animales. * Uso de EPP cuando se manipule material contaminado.

les identificados en la tarea a ejecutar:

Observaciones:

13. AUTORIZACIONES

mos hemos realizado el Análisis de Trabajo Seguro - ATS - y se han establecido las medidas de control para los peligros identificados, por lo anterior se autoriza la ejecución del trabajo.

NOMBRE LEGIBLE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Jose Murillo S	7077946555	HSEQ	

miso de trabajo en atención a su compromiso de garantizar la seguridad y salud de las personas, la protección del medio ambiente, la calidad y estabilidad de las operaciones de nuestra empresa, lo cual no debe anera como subordinación o relación laboral con las personas que ejecutan la actividad relacionada en este permiso, por el simple hecho de relacionarlos en el formato del permiso de trabajo.

14. SUSPENSIÓN

	SI	NO	Observaciones :

NOMBRE LEGIBLE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA

1691

DAVAB CONSTRUCCIONES SAS

NIT 900895098	**PERMISO DE TRABAJO DAVAB CONSTRUCCIONES SAS**	Fecha	Pagina
		1/10/2019	1
		Codigo de Documento	Versión: 00
		FT-SST-062	

Permiso No. _____ Proyecto MEBOG ARL

INICIO DEL PERMISO DE TRABAJO		
DD	MM	AAAA
27	9	2021
DESDE		
7:00		17:00

FIN DEL PERMISO DE TRABAJO		
DD	MM	AAAA
2	10	2021
DESDE		
7:00		17:00

ACTIVIDAD CRITICA A DESARROLLAR

Trabajo en Alturas		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		1. TRABAJOS EN ALTURA	
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	
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		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		10. ARNÉS Y LÍNEA DE VIDA		16. REPIRADOR VAPORES ORG.
	5. PROTECCIÓN FACIAL		11. ESCAFANDRA		17. OTRO
	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 prentao alguno de los siguientes sintomas: Pérdida de conocimiento, enfereмedad 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				POSITIVA
5				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
	27/09/2021	28/09/2021	29/09/2021	30/09/2021	1/10/2021	2/10/2021
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.900893934	**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
20	9	2021
DESDE		
7:00	17:00	

FIN DEL PERMISO DE TRABAJO		
DD	MM	AAAA
25	9	2021
DESDE		
7:00	17:00	

ACTIVIDAD CRITICA A DESARROLLAR

Trabajo en Alturas		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	
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		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		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 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				POSITIVA
5				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
	20/09/2021	21/09/2021	22/09/2021	23/09/2021	24/09/2021	25/09/2021
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
13	9	2021
DESDE		
7:00		17:00

FIN DEL PERMISO DE TRABAJO		
DD	MM	AAAA
18	9	2021
DESDE		
7:00		17:00

ACTIVIDAD CRITICA A DESARROLLAR

Trabajo en Alturas		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 aprobaciòn de la medida)::

RIESGOS PRESENTES

FISICOS		MECANICOS	
1. RUIDO	X	1. TRABAJOS EN ALTURA	
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		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		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 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				POSITIVA
5				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 13/09/2021	DIA 2 14/09/2021	DIA 3 15/09/2021	DIA 4 16/09/2021	DIA 5 17/09/2021	DIA 6 18/09/2021
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
6	9	2021
DESDE		
7:00		17:00

FIN DEL PERMISO DE TRABAJO		
DD	MM	AAAA
11	9	2021
DESDE		
7:00		17:00

ACTIVIDAD CRITICA A DESARROLLAR

Trabajo en Alturas			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	
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		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		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 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				POSITIVA
5				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
	6/09/2021	7/09/2021	8/09/2021	9/09/2021	10/09/2021	11/09/2021
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.900893505-1	**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
30	8	2021
DESDE		
7:00		17:00

FIN DEL PERMISO DE TRABAJO		
DD	MM	AAAA
4	9	2021
DESDE		
7:00		17:00

ACTIVIDAD CRITICA A DESARROLLAR

Trabajo en Alturas		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	
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		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		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		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, 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				POSITIVA
5				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
	30/08/2021	31/08/2021	1/09/2021	2/09/2021	3/09/2021	4/09/2021
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

MONTAJES J9 SAS	PERMISO DE TRABAJO MONTAJES J9 SAS	Fecha	Pagina
		1/10/2019	Versión: 00
		Codigo de Documento	
		FT-SST-052	

Permiso No. Proyecto MEBOG ARL SURA

INICIO DEL PERMISO DE TRABAJO		
DD	MM	AAAA
30	8	2021
DESDE		
7:00	17:00	

FIN DEL PERMISO DE TRABAJO		
DD	MM	AAAA
4	9	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	X		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	X
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	X	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.	X	9. POLUCIÓN	
QUIMICOS		**QUIMICOS**	
1. GASES / VAPORES INFLAMABLES		3. HUMOS	X
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	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	X	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	X	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 [ ] Mecánicas [ ] Neumáticas [ ] Otra

PERMISOS REQUERIDOS

[X]	Análisis de Trabajo Seguro (ATS)	[ ]	Lista de chequeo trabajo en espacio confinado
[ ]	Lista de chequeo para excavación	[ ]	Otros. Cuales?
[X]	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, transtornos del equilibro u otros sintomas a reportar?		X		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	JESUS DAVID ENCISO	1014264471	SOLDADOR	SURA
2	ARLEX CAMILO FLOREZ	1064798898	MONTADOR	SURA
3	JOANNY SANCHEZ	1072747121	CONTRATISTA	SURA
4				
5				
6				
7				

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
	30/08/2021	31/08/2021	1/09/2021	2/09/2021	3/09/2021	4/09/2021
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

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
JOANNY SANCHEZ C.C. 1072747122	

LAM LIGHTHING SAS

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

Permiso No. Proyecto MEBOG ARL

INICIO DEL PERMISO DE TRABAJO		
DD	MM	AAAA
27	9	2021
DESDE		
7:00		17:00

FIN DEL PERMISO DE TRABAJO		
DD	MM	AAAA
2	10	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	

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.		
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		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, enfermedad de los oidos, transtornos del equilibro u otros síntomas a reportar?										
En las ultima horas 4 horas ha realizado ingesta de medicamentos antigripales o que producen sueño?		X								
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	Carlos Saramillo	79563663	Ingeniero	
2	Alfonso Portilla	91248921	oficios	
3	Cristian Portilla	1014280407	Instalador	
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
	27/09/2021	28/09/2021	29/09/2021	30/09/2021	1/10/2021	2/10/2021
1						
2						
3	Cristian Portilla	Cristian Portilla	Cristian Portilla	Cristian Portilla		
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

CONSTRUCCIONES PRICONS SAS

	PERMISO DE TRABAJO	Código del Documento: PRI-FOR-SST-016
		Versión 00 | 30/04/2020
		Página 1 de 1

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO:

ACTIVIDAD A EJECUTAR: mebos Pancetas Bordillo

PERMISO No.:

LOCALIZACIÓN: P.506

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
30	8	2021	7:00	A.M. ☒ P.M. ☐	500	A.M. ☐ P.M. ☒

FINALIZA

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
4	9	2021	7:00	A.M. ☒ P.M. ☐	500	A.M. ☐ P.M. ☒

RIESGOS INVOLUCRADOS COMPARTIDO/AUTORIZADO POR EJECUTOR DE TRABAJO

FISICOS

1. RUIDO ☒
2. ILUMINACIÓN DEFICIENTE
3. TEMPERATURA ALTA
4. TEMPERATURA BAJA
5. VENTILACIÓN DEFICIENTE
6. RADIACION IONIZANTE
7. RADIACION NO IONIZANTE
8. SUPERFICIES CALIENTES
9. USO FUENTES RADIACTIVAS
10.

MECANICOS

1. TRABAJOS EN ALTURA ☒
2. ALMACENAMIENTO DE MATERIALES
3. CONTACTO CON SUPERFICIES CALIENTES
4. PROYECCIÓN DE PARTICULAS
5. SUPERFICIES LISAS O IRREGULARES
6. SISTEMAS PRESURIZADOS
7. PRESION DE FLUIDOS
8. USO DE HERRAMIENTAS
9. OPER DE MAQUINAS Y EQUIPOS
10.

QUIMICOS

1. GASES / VAPORES INFLAMABLES
2. MATERIAL PARTICULADO ☒
3. HUMOS
4. LIQUIDOS
5. NEBLINAS
6.
7.
8.
10.
11.

ELECTRICOS

1. CONTACTO DIRECTO ELECTRIC.
2. INTERV. SISTEMAS ELECTRICOS
3. LINEAS ENERGIZADAS
4. USO HERRAMIENTAS ELECTRICAS
5.
6.
7.
8.

BIOMECANICOS

1. SOBRE ESFUERZOS
2. MOVIMIENTOS REPETITIVOS ☒
3. POSTURAS INADECUADAS
4. MOVIMIENTOS FORZADOS
5. MANEJO MANUAL DE CARGAS
6.
7.
8.

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

ACTIVIDAD CRITICA A EJECUTAR (SELECCIONAR EL QUE APLIQUE)

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

ELABORACIÓN RESPONSABLE SST/COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS SEGÚN APLIQUE

CERTIFICO QUE HE VERIFICADO LAS CONDICIONES

FIRMA:

NOMBRE:

No. Licencia S.O.:

MEDIDAS DE CONTROL Y PREVENCIÓN (RESPONSABILIDAD SST)

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

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

FINALIZACIÓN / 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

EQUIPO	LECTURA		LIMITES DE LECTURA		OBSERVACIONES
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	O	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°	Preguntas	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 las tareas 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 contingencia y/o contingencia?				
07	Se enfatiza la utilización de equipo electrico 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 ventilado y se lleva registro de maquinaria y equipo requerido para la actividad?				
10	El personal cuenta con evaluación médica de aptitud?				

MAQUINARIA, EQUIPOS O ELEMENTOS ESPECIALES

ELECTRICO
- EPP dieléctricos
- Guantes
- Señalización
- Delimitación de área
- Iluminación

Tiempo de permanencia:
Tiempo de descanso:

EXCAVACIONES
- EPP impermeables
- Entibado resistente
- Señalización
- Delimitación de área
- Iluminación

Tiempo de permanencia:
Tiempo de descanso:

ESPACIOS CONFINADOS
- EPP impermeables
- Medición de gases
- Señalización
- Equipo de autocontenido
- Acompañamiento

Tiempo de permanencia:
Tiempo de descanso:

TRABAJO EN CALIENTE
- EPP Contraincendio
- Extintor
- Señalización
- Delimitación de área
- Iluminación
- Aclimatización de área
- Tiempo de permanencia
- Tiempo de descanso

TRABAJO EN ALTURAS
- EPP Certificados
- Sistema de acceso seguro
- Plataformas aseguradas
- Superficie o base nivelada
- Andamios completamente armados
- Distancia mínima con líneas energizadas
- Tiempo de permanencia
- Tiempo de descanso

OPERACIONES O ACTIVIDADES SIMULTANEAS

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

EQUIPOS, HERRAMIENTAS

- Manuales: X
- Hidráulicas:
- Eléctricas:
- Mecánicos:
- Neumáticos:
- 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, PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

Nombre del Documento:	Código y Versión:
Nombre del Documento:	Código y Versión:
Nombre del Documento:	Código y Versión:

CONDICIONES FISICAS

	TRABAJADORES													
	1		2		3		4		5		6		7	
	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 la últimas 72 horas?		X												
Enfermedad del ojo que amerito 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

	TRABAJADORES													
	8		9		10		11		12					
	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 la últimas 72 horas?														
Enfermedad del ojo que amerito 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, observó las precauciones de seguridad y salud establecidas. Estoy enterado del trabajo a realizar, los riesgos asociados y se que precauciones debo tomar.

FIRMAS AUTORIZADAS

	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA	FECHA	HORA
01	Sergio Mora	6.095.634	Coordinador			
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						

	PERMISO DE TRABAJO	Código del Documento: PRE-FOR-SST-016
		Versión 00 | 30/04/2020
		Página 1 de 1

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: mebog

ACTIVIDAD A EJECUTAR: remotal poste

PERMISO No.:

LOCALIZACIÓN: Piso 5

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
6	9	2021	7:00	A.M. [X] P.M. [ ]	5:00	A.M. [ ] P.M. [X]

REINICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
11	9	2021	7:00	A.M. [X] P.M. [ ]	5:00	A.M. [ ] P.M. [X]

RIESGOS IDENTIFICADOS CON LA ACTIVIDAD AUTORIZADO POR EL EJECUTOR DEL TRABAJO

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	[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		BIOMECANICOS		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 EPP DEL TRABAJADOR RESPONSABLE

1. ILUMINACIÓN ADICIONAL	[ ]	11. CIERRE DE VIAS	[ ]	21. RECIPIENTES DISPOSICIÓN RESIDUOS	[ ]
2. USO GUARDAS / MAMPARAS	[ ]	12. SUSPENDER CELULARES	[ ]	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	[ ]	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 PROTECCION PERSONAL - EQUIPO DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

1. OVEROL (CAMISA, PANTALÓN)	[X]	7. PETO	[ ]	13. CUERDAS, CANCHOS	[ ]
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. ARNES Y LINEA DE VIDA	[ ]	16. REPIRADOR VAPORES ORG.	[X]
5. PROTECCIÓN FACIAL	[X]	11. EQUIPO AIRE AUTOCONTENIDO	[ ]	17. OTRO	[ ]
6. PROTECCIÓN PARA OIDOS	[X]	12. ESCAFANDRA	[ ]		

EVALUACIÓN ATMOSFERAS PELIGROSAS O NOCIVAS

TIPO GAS	LECTURA		VALORES LECTURA	APROBADO	NO APROBADO
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	O	LEL	H_2S	CO

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

CERTIFICO QUE HE VERIFICADO LAS CONDICIONES

FIRMA:

NOMBRE:

No. Licencia S.O.:

APROBACIÓN

CERTIFICO QUE EL TRABAJO PUEDE EJECUTARSE DE MANERA SEGURA

FIRMA (AUTORIDAD MAXIMA DEL AREA):

NOMBRE:

FINALIZACIÓN/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	[illegible]	SI	NO	NA	Observaciones
01	¿El área a intervenir requiere [illegible]?		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 [illegible] la utilización de equipo eléctrico [illegible] 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

ELÉCTRICOS		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	X
Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso	X

OPERACIONES O ACTIVIDADES SIMULTÁNEAS

Nº								
01	¿Se está(n) realizando otro(s) trabajo(s) que pueda(n) afectar la seguridad y el buen desarrollo a lo señalado en este permiso?					SI	NO	N/A
02	Nombre de el 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 [illegible]	
Otro. Cual_______		Otro. Cual_______	

PROCEDIMIENTOS [illegible]

Nombre del Documento: ____________ Código y versión: ______

Nombre del Documento: ____________ Código y versión: ______

Nombre del Documento: ____________ Código y versión: ______

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										
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 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	CÉDULA	CARGO	ARL	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
01	Juan Vuende	1126172896	[illegible]	[illegible]	[signature]	[signature]	[signature]	[signature]	[signature]	[signature]	
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											
11											
12											