	PERMISO DE TRABAJO	Código del Documento: FRI-FOR-SST-016 Versión: 08 | 10/04/2020 Página 1 de 1

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: Medog
ACTIVIDAD A EJECUTAR: remoción vallo

PERMISO No.:
LOCALIZACIÓN: P1 S0 4

FECHA (DD / MM / AA) **HORA** (DESDE / HASTA)

DD	MM	AA	DESDE		HASTA	
13	9	2021	700	A.M.	500	A.M.
				P.M.		P.M. X
18	9	2021	7:00	A.M. X	500	A.M.
				P.M.		P.M. X

PELIGROS IDENTIFICADOS EN LA TAREA (MARQUE CON UNA X LOS PELIGROS IDENTIFICADOS EN EL ANÁLISIS DE RIESGO)

FÍSICOS

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

MECÁNICOS

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

QUÍMICOS

1. GASES / VAPORES INFLAMABLES	X
2. MATERIAL PARTICULADO	X
3. HUMOS	
4. LIQUIDOS	X
5. NEBLINAS	
6.	
7.	
8.	
9.	
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	
2. MOVIMIENTOS REPETITIVOS	X
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	

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL QUE SE DEBEN TENER EN CUENTA PARA EL TRABAJO SEGURO

1. ILUMINACIÓN ADICIONAL	
2. USO GUARDAS / BARRERAS	
3. ADECUACIÓN DE TERRENO	
4. BLOQUEO Y ETIQUETADO	
5. SEÑALIZACIÓN DE AREA	
6. MONITOREO DE ATMOSFERA	
7. EXTINTORES PQS (ABC)	
8. ATERRIZAR EQUIPOS	
9. BOTIQUÍN 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. EPP ESPECIAL	
17. ERS ADICIONAL	
18. IMPLEMENTAR EL PROCEDIMIENTO	
19. INERTIZAR	
20. HOJAS DE SEGURIDAD (MSDS)	
21. RECIPIENTES DISPOSICION RESIDUOS	
22. A.T.S. (Análisis de Trabajo Seguro)	X
23. USO DE GUARDA 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	

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDO / EQUIPOS DE PROTECCIÓN COLECTIVA

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

MEDICIONES REQUERIDAS (ANTES DE INICIAR LA TAREA Y PERIÓDICAMENTE)

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

MONITOREO A TRABAJADORES EXPUESTOS A SUSTANCIAS QUÍMICAS

HORA	NOMBRE	CÉDULA	RESULTADO	FIRMA

APROBACIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO POR PARTE DEL RESPONSABLE DE LA TAREA (SST O COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS)

CERTIFICO QUE HE VERIFICADO LAS CONDICIONES

FIRMA:

NOMBRE: Javier

No. Licencia S.O.:

APROBACIÓN

CERTIFICO QUE EL TRABAJO PUEDE EJECUTARSE DE MANERA SEGURA

FIRMA (AUTORIDAD MAYOR DEL ÁREA):

NOMBRE:

CERTIFICACIÓN DE CIERRE DEL PERMISO

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

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

NOMBRE:

No. Licencia S.O.

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

REQUERIMIENTOS DE SEGURIDAD

Nº	Numerales	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	Al iniciar el trabajo, el grupo 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 contingencias?	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 ingreso?	X			

MATRIZ DE EQUIPOS DE TRABAJO SEGÚN ESPACIOS

EL CARGO	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	Acomodamiento	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

PERSONAL AUTORIZADO PARA ACTIVIDADES CRÍTICAS

Nº	Nombre del trabajador	SI	NO	Nombre del trabajador	SI	NO	Nombre del trabajador	SI	NO
01	Se está realizando otro(s) trabajo(s) que puede(n) 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	SI	NO	Especifique las medidas:	1		2		3
05	Paso aprobado entre las partes permiso?	SI	NO	Firma responsable de SST					

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales: X		Hidráulicas	
Eléctricas		Mecánicas	
Neumáticas		Otra	

PERMISOS ESPECIALES 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 OPERACIONALES SEGURIDAD

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

CONDICIONES PERSONALES

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

CONDICIONES PERSONALES

CONDICIONES PERSONALES	Nombre del trabajador													
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Traumas en cráneo y/o cara con pérdida de conocimiento, o intenso aturdimiento, ocurrido en las últimas 72 horas?														
Enfermedad del oído que 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.

PERSONAS AUTORIZADAS

Nº	NOMBRE	No. CEDULA	CARGO	FIRMA	HORA	FECHA
01	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
02	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						

	PERMISO DE TRABAJO	Código del Documento: PRI-FOR-SST-016
		Versión: 03 — 30/01/2018
		Página 1 de 1

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: Pedro

ACTIVIDAD A EJECUTAR: Lavar Bolillo

PERMISO No.:

LOCALIZACIÓN: 0 K 0 3

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
20	9	21	7:00	A.M. X / P.M.	11:30	A.M. / P.M. X
25	9	21	7:00	A.M. X / P.M.	12:00	A.M. / P.M.

RIESGOS INHERENTES CONTEMPLADOS EN EL ANÁLISIS DE RIESGO REALIZADO POR EL EJECUTOR DEL TRABAJO

FÍSICOS		MECÁNICOS		QUÍMICOS	
1. RUIDO		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 PARTÍCULAS		4. LÍQUIDOS	X
5. VENTILACIÓN DEFICIENTE		5. SUPERFICIES LISAS O IRREGULARES		5. NEBLINAS	
6. RADIACION IONIZANTE		6. SISTEMAS PRESURIZADOS		6.	
7. RADIACIÓN NO IONIZANTE		7. PRESION DE FLUIDOS		7.	
8. SUPERFICIES CALIENTES		8. USO DE HERRAMIENTAS		8.	
9. USO FUENTES RADIACTIVAS		9. OPER DE MÁQUINAS Y EQUIPOS		10.	
10.		10.		11.	

ELÉCTRICOS		BIOMECÁNICOS		OTROS	
1. CONTACTO DIRECTO ELECTRIC.		1. SOBRE ESFUERZOS		1. ESPACIO CONFINADO	
2. INTERF. SISTEMAS ELECTRICOS		2. MOVIMIENTOS REPETITIVOS	X	2. APERTURA DE SST - PROCESO	
3. LÍNEAS 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 PARA EL CONTROL DE RIESGOS REALIZADOS

1. ILUMINACIÓN ADICIONAL		11. CIERRE DE VÍAS		21. RECIPIENTES DISPOSICIÓN RESIDUOS	
2. USO GURDAS / BARRERAS		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 GUÍA (VIENTOS)	
4. ELOQUEO Y ETIQUETADO		14. USO DE EQUIPO DE PROTECCION CO		24. PERSONAL CALIFICADO	
5. SEÑALIZACIÓN DE ÁREA	X	15. DESPRESURIZAR		25. EQUIPO DE EMERGENCIA ADICIONAL	
6. MONITOREO DE ATMOSFERA	X	16. EPP ESPECIAL		26. EQUIPO DE COMUNICACIONES	
7. EXTINTORES BQS (ABC)	X	17. EPP ADICIONAL		27. KIT DE DERRAMES EN ÁREA	
8. ATERRIZAR EQUIPOS		18. IMPLEMENTAR EL PROCEDIMIENTO		28. USO DE TELA OLEOFÍLICA	
9. BOTIQUÍN PRIMEROS AUXILIOS		19. INERTIZAR		29. INSTALACIÓN BARRERAS	
10. USO DE EXTRACTORES		20. HOJAS DE SEGURIDAD (MSDS)		30. OTRO.	

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL - EQUIPO PARA RESCATE EN ALTURAS

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

MONITOREO ATMOSFERAS PELIGROSAS O NOCIVAS

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

ACTIVIDAD CRÍTICA A EJECUTAR (SOLO PARA TRABAJO DE ALTURAS)

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

EL PERMISO DE TRABAJO DEBE SER FIRMADO POR EL INSPECTOR DE SST O COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS - CUANDO 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 MÁXIMA DEL ÁREA):

NOMBRE:

FINALIZACIÓN DE PERMISO

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

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

NOMBRE:

No. Licencia S.O.

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

REQUERIMIENTOS DE SEGURIDAD

Nº	Rutinas	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 rutinarios, 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 ALTURAS	TRABAJOS EN CALIENTE
EPP Dieléctricos	EPP Impermeables	EPP Impermeables	EPP Contraresbalante	EPCC Certificados
Extintor	Entubado 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

INTERACCIONES CON ACTIVIDADES SIMULTANEAS

01	Se está realizando otra(s) tarea(s) que pueda(n) afectar la seguridad y el buen desarrollo de 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	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 MEDICAS

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

CONDICIONES MEDICAS

CONDICIONES MEDICAS	TRABAJADOR 6		TRABAJADOR 7		TRABAJADOR 8		TRABAJADOR 9		TRABAJADOR 10	
	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?										

Hé 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

	NOMBRE	No. CEDULA	CARGO	FIRMA								
				DIA	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA
01	Oswaldo Ivan Vega	1065[illegible]	Oficial									
02	Silvia Ivonne	1065[illegible]	Oficial									
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												
11												
12												

	PERMISO DE TRABAJO	Código del Documento: FRM-PGR-SST-016 Versión: 03 | 30/01/2019 Página 1 de 1

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: mesa 9
ACTIVIDAD A EJECUTAR: remates bordillo

PERMISO No.:
LOCALIZACIÓN: Cra 52

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
27	9	2021	7:00	A.M. X / P.M.	5:00	A.M. / P.M. X
2	10	2021	7:00	A.M. X / P.M.	5:00	A.M. / P.M. X

RIESGOS IDENTIFICADOS EN LA ACTIVIDAD A REALIZAR PARA EL PRESENTE PERMISO

FISICOS		MECANICOS		QUIMICOS	
1. RUIDO		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	X	4. LIQUIDOS	X
5. VENTILACIÓN DEFICIENTE		5. SUPERFICIES LISAS O IRREGULARES		5. NEBLINAS	
6. RADIACION IONIZANTE		6. SISTEMAS PRESURIZADOS		6.	
7. RADIACIÓN 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		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. POLVACIÓN	

ACTIVIDADES PREVIAS QUE DEBEN REALIZARSE ANTES DE EJECUTAR LA TAREA

1. ILUMINACIÓN ADICIONAL	11. CIERRE DE VIAS	21. RECIPIENTES DISPOSICION RESIDUOS
2. USO GUANTAS / MANGAS	12. SUSPENDER CELULARES	22. A.T.S. (Análisis de Trabajo Seguro) X
3. ADECUACIÓN DE TERRENO	13. VERIFICACIÓN LISTAS DE CHEQUEO	23. USO DE CUERDA GUIA (MERTOS)
4. BLOQUEO Y ETIQUETADO	14. USO DE EQUIPO DE PROTECCION CC	24. PERSONAL CALIFICADO
5. SEÑALIZACIÓN DE AREA	15. DESENERGIZAR	25. EQUIPO DE EMERGENCIA ADICIONAL
6. MONITOREO DE ATMOSFERA	16. EPP ESPECIAL	26. EQUIPO DE COMUNICACIÓN
7. EXTINTORES PRESENTES	17. ERA ADICIONAL	27. KIT DE DERRAMES EN AREA
8. ATERRIZAR EQUIPOS	18. IMPLEMENTAR EL PROCEDIMIENTO	28. USO DE TELA OLEOFILICA
9. BOTIQUÍN PRIMEROS AUXILIOS	19. INERTIZAR	29. INSTALACIÓN BARRERAS
10. USO DE EXTRACTORES	20. HOJAS DE SEGURIDAD (MSDS)	30. OTRO

EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

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

MONITOREO ATMOSFERA

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

MONITOREO ATMOSFERA PELIGROSAS POSIBLES

HORA	O_2	LEL	H_2S	CO

AUTORIZACIÓN DEL PERMISO

CERTIFICO QUE HE VERIFICADO LAS CONDICION
FIRMA:
NOMBRE:
No. Licencia S.O.:

AUTORIZACIÓN DEL PERMISO

CERTIFICO QUE EL TRABAJO PUEDE EJECUTARSE DE MANERA SEGURA
FIRMA AUTORIDAD MAXIMA DEL ÁREA:
NOMBRE:

FINALIZACIÓN DEL PERMISO

CERTIFICO QUE EL ÁREA Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS CON ESTE PERMISO ESTÁN EN CONDICIONES SEGURAS Y DE ORDEN Y ASEO.
FIRMA (RESPONSABLE SST Ó COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS-CUANDO APLIQUE):
NOMBRE:
No. Licencia S.O.

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

REQUERIMIENTOS DE SEGURIDAD

Nº	Ítems	SI	NO	NA	Observaciones
01	El área a intervenir requiere medidas ambientales?				
02	Se informó al personal sobre los riesgos generales a que está expuesto?				
03	El personal cumple los requerimientos técnicos, de seguridad y control ambiental requeridos?				
04	El personal usa correctamente los elementos de protección personal requeridos?				
05	El nivel de ruido del trabajo, el equipo o el área requiere la presencia de un profesional permanente?				
06	El personal conoce y entiende su función dentro del plan de emergencia y/o contingencia?				
07	Se autoriza la operación de equipo eléctrico estableciendo 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 ingreso?				

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS

Trabajo en caliente		Excavaciones		Trabajos confinados		Trabajo en altura		Izaje de cargas	
EPP básicos		EPP básicos		EPP básicos		EPP básicos		EPP básicos	
EPP eléctricos		EPP inflamables		EPP inflamables		EPP Contrarrestante		EPCC Certificados	
Extintor		Entibado resistente		Medición de gases		Extintor		Sistema de acceso seguro	
Señalización		Señalización		Señalización		Señalización		Plataformas aseguradas	
Delimitación de área		Delimitación de área		Equipo de autocontenido		Delimitación de área		Superficie o base nivelada	
Iluminación		Iluminación		Acompañamiento		Iluminación		Andamios completamente armados	
						Acclimatización de área		Distancia mínima con líneas energizadas	
Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia	
Tiempo de descanso:		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso	

OPERACIONES ACTIVIDADES SIMULTÁNEAS

		SI	NO
01	Se realizan actividades que puedan afectar los requisitos y el buen desarrollo de lo señalado en este permiso?		
02	Nombre de los contratistas involucrados:	1	2 3
03	Nombre de los responsables SST:	1	2 3
04	Las actividades se pueden realizar bajo medidas de control	SI	NO
05	Se cruzan entre las partes?	SI	NO

Especifique las medidas:
1 2 3
Firma responsable de SST

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales	X	Hidráulicas	
Eléctricas		Mecánicas	
Neumáticas		Otra	

PERMISOS Y CERTIFICADOS REQUERIDOS

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

PROGRAMAS O PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

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

CONDICIONES DE SALUD

	TRABAJADOR 1				TRABAJADOR 2				TRABAJADOR 3			
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Traumas en cráneo y/o cara con pérdida de conocimiento, o intenso aturdimiento, ocurrido en las últimas 72 horas?		X										
Enfermedad del oído 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 FÍSICAS

	TRABAJADOR 1				TRABAJADOR 2				TRABAJADOR 3			
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Traumas en cráneo y/o cara con pérdida de conocimiento, o intenso aturdimiento, ocurrido en las últimas 72 horas?												
Enfermedad del oído que 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, 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	APELLIDOS	CARGO	FIRMA	HORA ENTRADA	HORA SALIDA	FIRMA	HORA ENTRADA	HORA SALIDA
01	[illegible]								
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									
11									
12									

CL CONSTRUCCIONES Y MANTENIMIENTOS SAS

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

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: mcda

ACTIVIDAD A EJECUTAR: estructuras

PERMISO No.: _____

LOCALIZACIÓN: P 503

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
30	08	21	700	A.M. ☒ P.M. ☐	560	A.M. ☐ P.M. ☒

FIN

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
4	9	2	700	A.M. ☒ P.M. ☐	560	A.M. ☐ P.M. ☒

RIESGOS INVOLUCRADOS EN LA ACTIVIDAD A REALIZAR DURANTE LA EJECUCIÓN 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. EOLUCIÓN	☐

CONDICIONES DE TRABAJO EN ALTURAS (DILIGENCIAR SOLO SI APLICA)

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

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

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

FIRMA: _____

NOMBRE: _____

No. Licencia S.O.: _____

MEDIDAS DE CONTROL PREVENTIVAS Y/O PLAN DE RESCATE

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): _____

NOMBRE: _____

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

1. OVEROL (CAMISA, PANTALÓN)	☒	7. PETO	☐	13. GUERDAS, 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 ATMOSFERA (DILIGENCIAR SOLO SI APLICA)

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

TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS (DILIGENCIAR SOLO SI APLICA)

FINALIZACIÓN Y CIERRE PERMISO

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

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

NOMBRE: _____

No. Licencia S.O. _____

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

REQUERIMIENTOS DE SEGURIDAD

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

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS

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

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 del o los contratistas involucrados:	1				2			3					
03	Nombre del responsable SST:	1				2			3					
04	Las actividades se pueden realizar bajo medidas de control		SI		NO		Especifique las medidas:							
05	¿Se aprueba entre las partes permiso?		SI		NO		Firma responsable de SST	1		2		3		

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales	X	Hidráulicas	
Eléctricas		Mecánicas	
Neumáticas		Otra	

PERMISOS Y CERTIFICADOS REQUERIDOS

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

PROGRAMAS O PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

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

VALORACIÓN FÍSICA

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

VALORACIÓN FÍSICA

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

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

TRABAJADORES AUTORIZADOS

Nº	NOMBRE	Nº CEDULA	CARGO	FIRMA									
01	Kevin Camacho	1030611053	Soldador										
02	Yeiner Perez	1111193550	Soldador										
03													
04													
05													
06													
07													
08													

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

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: mybos

ACTIVIDAD A EJECUTAR: Instalar lampara

PERMISO No.:

LOCALIZACIÓN: Piso 2

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
30	8	21	700	A.M. X / P.M.	500	A.M. / P.M. X

FIN

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
4	9	21	700	A.M. X / P.M.	500	A.M. / P.M. X

PELIGROS IDENTIFICADOS EN LA ACTIVIDAD A REALIZAR DURANTE EL TRABAJO

FÍSICOS

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

MECÁNICOS

1. TRABAJOS EN ALTURA	X
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.	

QUÍMICOS

1. GASES / VAPORES INFLAMABLES	X
2. MATERIAL PARTICULADO	
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	
2. MOVIMIENTOS REPETITIVOS	X
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. VERTIMENTOS	
7. PRESENCIA DE ANIMALES	
8. EROSIÓN / DESCAPOTE.	
9. POLUCIÓN	

TRABAJO EN ALTURAS (SI APLICA)

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

RESPONSABLE DEL TRABAJO

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

FIRMA: Luis Cer

NOMBRE: Luis C

No. Licencia S.O.:

MEDIDAS DE CONTROL PREVENTIVAS PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

1. ILUMINACION ADICIONAL		11. CIERRE DE VIAS	
2. USO GUARDAS / MAMPARAS		12. SUSPENDER CELULARES	
3. ADECUACIÓN DE TERRENO		13. VERIFICACIÓN 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.	
		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.	

AUTORIZACIÓN

CERTIFICO QUE EL TRABAJO PUEDE EJECUTARSE DE MANERA SEGURA

FIRMA (AUTORIDAD MAXIMA DEL AREA):

NOMBRE:

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

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

FINALIZACIÓN Y CIERRE PERMISO

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

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

NOMBRE:

No. Licencia S.O.

MONITOREO ATMOSFERA (SI APLICA)

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

OBSERVACIONES ADICIONALES

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			

EPP Y EQUIPOS REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN DE LA TAREA

ELÉCTRICO		CAÍDA DE ALTURA		CONFINADO		EXCAVACIÓN		TRABAJOS EN CALIENTE	
EPP Dieléctricos		EPP impermeables		EPP impermeables		EPP Contrarrestante		EPCC Certificados	A
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 SIMULTÁNEAS

Nº										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	X	Hidráulicas	
Eléctricas		Mecánicas	
Neumáticas		Otra	

FORMATOS CERTIFICADOS DE VERIFICACIÓN

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	6	Lista de chequeo para excavación	
Otro. Cual:_____		Otro. Cual:_____	

PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

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

CONDICIONES DE SALUD

	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		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 DE SALUD

	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?														
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 INVOLUCRADOS

	NOMBRES	CC	CARGO	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA
01	Cesar Barbosa	92.288.07	Of. civil							
02	Jhonbes Alvino	93[illegible]3063	Ofic 19/9x	—	Jhonb	Jhonb	Jhonb	Jhonb	Jhonb	
03										
04										
05										
06										
07										
08										

	PERMISO DE TRABAJO	Código del Documento: FOR-SST-016
		Versión 09 | 26/03/2021
		Página 1 de 1

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: Medas

ACTIVIDAD A EJECUTAR: estuco - instalas lamen

PERMISO No.:

LOCALIZACIÓN: Piso 5

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
30	8	21	7 00	A.M. ☒ P.M. ☐	5 00	A.M. ☐ P.M. ☒

FIN

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
4	9	21	7:00	A.M. ☒ P.M. ☐	5 00	A.M. ☐ P.M. ☒

RIESGOS INHERENTES A LA ACTIVIDAD A REALIZAR (MARQUE CON UNA X)

FISICOS

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

MECÁNICOS

1. TRABAJOS EN ALTURA	X
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	X
2. MATERIAL PARTICULADO	X
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	X
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 CRÍTICA A EJECUTAR (MARQUE CON UNA X SI ES EL CASO)

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

ELABORACIÓN (RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD)

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

FIRMA:

NOMBRE:

No. Licencia S.O.:

MEDIDAS DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE RIESGOS DEL TRABAJO (MARQUE CON UNA X)

1. ILUMINACION 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 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.	

AUTORIZACIÓN

CERTIFICO QUE EL TRABAJO PUEDE EJECUTARSE DE MANERA SEGURA

FIRMA (AUTORIDAD MAXIMA DEL AREA):

NOMBRE:

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

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

NOMBRE:

No. Licencia S.O.

PRUEBAS DE ATMOSFERAS PELIGROSAS (MONITOREO)

PRUEBAS	RESULTADO		VALORES PERMISIBLES	SI	NO
O_2			ENTRE 19,6% Y 23,5%		
LEL			0		
H_2S			MENOR DE 10 PPM		
CO			MENOR 35 PPM		

OBSERVACIONES ADICIONALES

HORA				

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

REQUERIMIENTOS DE SEGURIDAD

Nº	Rutinarios	SI	NO	NA	Observaciones
01	El área a intervenir requiere mediciones ambientales?				
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?				

EPP Y CONDICIONES REQUERIDAS

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

RESPONSABILIDADES Y 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	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/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 PREAPROBADOS

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

CONDICIONES DE SALUD

	TRABAJADOR 1				TRABAJADOR 2				TRABAJADOR 3			
	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 DE SALUD

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

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

TRABAJADORES AUTORIZADOS

Nº	NOMBRE	No. CÉDULA	CARGO	FIRMA	HORA	FIRMA	HORA	FIRMA	HORA	FIRMA	HORA
01	Pablo Pedraza	1006086586	Oficial								
02	Luis Padilla	79239589	Patrol								
03											
04											
05											
06											
07											
08											

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

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: medos

ACTIVIDAD A EJECUTAR: Instalar camara

PERMISO No.:

LOCALIZACIÓN: Piso 1

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
20	9	21	700	A.M. ☒ P.M. ☐	500	A.M. ☐ P.M. ☒

FIN

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
25	9	21	700	A.M. ☒ P.M. ☐	500	A.M. ☐ P.M. ☒

RIESGOS INVOLUCRADOS CON LA ACTIVIDAD A EJECUTAR (MARQUE CON UNA X)

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	☐

TRABAJOS DE ALTO RIESGO

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

AUTORIZACIÓN PERSONAL QUE REALIZA LA ACTIVIDAD

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

FIRMA:

NOMBRE:

No. Licencia S.O.:

MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS EQUIPOS DEL TRABAJO A REALIZAR

1. ILUMINACION ADICIONAL	☐	11. CIERRE DE VIAS	☐
2. USO GUARDAS / MAMPARAS	☐	12. SUSPENDER CELULARES	☐
3. ADECUACIÓN DE TERRENO	☐	13. VERIFICACIÓN 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.	☐
		22. A.T.S. (Analisis 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.	☐

AUTORIZACIÓN

CERTIFICO QUE EL TRABAJO PUEDE EJECUTARSE DE MANERA SEGURA

FIRMA (AUTORIDAD MAXIMA DEL AREA):

NOMBRE:

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPOS DE EMERGENCIA

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 / 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.

MEDICIONES DE GASES PERMISIBLES DURANTE LA ACTIVIDAD

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

MEDIDAS DE EMERGENCIAS CERCANAS DURANTE LA ACTIVIDAD

TIPO	No.	TIPO	No.

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			

TRABAJOS CRITICOS O ACTIVIDADES ESPECIALES

ELECTRICO		EXCAVACIONES		ESPACIOS CONFINADOS		TRABAJO EN CALIENTE		TRABAJO EN ALTURAS	
EPP Dieléctricos		EPP Impermeables		EPP Impermeables		EPP Contrarrestante		EPCC Certificados	X
Extintor		Entibado resistente		Medición de gases		Extintor		Sistema de acceso seguro	
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	
						Aislamiento 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	

PREPARACIÓN DE ACTIVIDADES SIMULTÁNEAS

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

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales	X	Hidráulicas	
Eléctricas		Mecánicas	
Neumáticas		Otra	

PERMISOS Y CERTIFICADOS REQUERIDOS

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

PROCESOS O PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

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

CONDICIONES MEDICAS

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

CONDICIONES MEDICAS

	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										

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	CEDULA	CARGO	FIRMA	HORA	FIRMA	HORA	FIRMA	HORA	FIRMA	HORA	FIRMA	HORA
01	Carlos Cubos	1024497689	Oficial										
02	Nelson Moreno	7698231	Pinto										
03	Jose Ideal	1098[illegible]	Oficial										
04	Luis Aguilera	1002341660	Oficial										
05	Fairuid et	9238712	Oficial			Jaime	Jaime	Jaime	Jaime	Jaime	Jaime		
06	Miroslav [illegible]	1026869830	Oficial										
07	Juan Ferreira	3400981	Oficial										
08													

	PERMISO DE TRABAJO	Código del Documento: FOR-SST-015
		Versión 00 — 28/03/2021
		Página 1 de 1

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: modo
ACTIVIDAD A EJECUTAR: estuco

PERMISO No.:

LOCALIZACIÓN: piso 3

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
20	9	21	700	A.M. ☒ P.M. ☐	500	A.M. ☐ P.M. ☒

FIN

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
25	9	21	700	A.M. ☒ P.M. ☐	500	A.M. ☐ P.M. ☒

RIESGOS INVOLUCRADOS CON LA ACTIVIDAD REALIZADA 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. SOLUCIÓN	☐

MEDIDAS DE CONTROL Y PREVENCIÓN DEL EQUIPO DE 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.	☐

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL - 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 ATMOSFERAS PELIGROSAS INICIALES

TIPO DE GAS	EQUIPO	CALIBRACIÓN	LIMITE PERMISIBLE	RESULTADO SI	RESULTADO NO
O_2			ENTRE 19,5% Y 23,5%		
LEL			0		
H_2S			MENOR DE 10 PPM		
CO			MENOR 35 PPM		

MONITOREO ATMOSFERAS PELIGROSAS TAREAS

HORA	O_2	LEL	H_2S	CO

APERTURA CRITICA A EJECUTAR (MARQUE LA SELECCIONADA QUE APLICA)

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

EL EJECUTOR (RESPONSABLE SST O COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS -SEGUN APLIQUE)

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

FIRMA:

NOMBRE:

No. Licencia S.O.:

APROBACIÓN

CERTIFICO QUE EL TRABAJO PUEDE EJECUTARSE DE MANERA SEGURA

FIRMA (AUTORIDAD MAXIMA DEL AREA):

NOMBRE:

FINALIZACIÓN Y CIERRE PERMISO

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

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

NOMBRE:

No. Licencia S.O.

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

REQUERIMIENTOS DE SEGURIDAD

N°	Rutinarios	SI	NO	NA	Observaciones
01	El área a intervenir requiere mediciones ambientales?				
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?				

REQUERIMIENTOS DE ELEMENTOS ESPECIALES

ELÉCTRICO		EXCAVACIONES		TRABAJOS EN CALIENTE		ESPACIOS CONFINADOS		TRABAJO EN ALTURAS	
EPP Dieléctricos		EPP impermeables		EPP impermeables		EPP Contrarresistente		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	
Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Acclimatización de área		Distancia mínima con líneas energizadas	
Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia	
						Tiempo de descanso		Tiempo de descanso	

OTRAS ACTIVIDADES SIMULTÁNEAS

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

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales	X	Hidráulicas	
Eléctricas		Mecánicas	
Neumáticas		Otra	

PERMISOS Y CERTIFICADOS REQUERIDOS

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

PROGRAMAS O PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

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

CONDICIONES PERSONALES

	TRABAJADOR 1		TRABAJADOR 2		TRABAJADOR 3		TRABAJADOR 4		TRABAJADOR 5		TRABAJADOR 6		TRABAJADOR 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		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 PERSONALES

	TRABAJADOR 8		TRABAJADOR 9		TRABAJADOR 10		TRABAJADOR 11		TRABAJADOR 12		TRABAJADOR 13		TRABAJADOR 14	
	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 oído que ameritó tratamiento médico en las últimas 72 horas?														
Ingesta de medicamentos antigripales o que producen sueño 4 horas antes del inicio de la jornada de trabajo, prescrito por médico y con recomendaciones laborales por escrito?														
Aparición repentina de síntomas, con o sin aumento de intensidad en las últimas 72 horas, que producen trastornos del equilibrio?														

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

TRABAJADORES AUTORIZADOS

No.	NOMBRE	No. CÉDULA	CARGO	EPS	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA
01	Yeiner perez	1118976503	ayudante	sura							
02	Kelvin camacho	1030590523	ayudante	sura							
03											
04											
05											
06											
07											
08											

	PERMISO DE TRABAJO	Código del Documento: FOR-SST-016
		Versión 03 — 18/03/2021
		Página 1 de 1

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO:
ACTIVIDAD A EJECUTAR: Retiro estuca y instalar Drywall

PERMISO No.:

LOCALIZACIÓN: Piso 6

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
20	9	21	7 00	A.M. ☒ P.M. ☐	5 00	A.M. ☐ P.M. ☒

FIN

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
25	9	2	7 00	A.M. ☒ P.M. ☐	5 00	A.M. ☐ P.M. ☒

PELIGROS/RIESGOS IDENTIFICADOS EN LA ACTIVIDAD A REALIZAR (MARQUE CON UNA X)

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. EOLUCIÓN	

TRABAJO EN ALTURAS (MARQUE CON UNA X)

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

EL RESPONSABLE DEL PROCESO INSPECCIONARÁ Y VERIFICARÁ LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD ANTES DE DAR INICIO A LA ACTIVIDAD

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

FIRMA:
NOMBRE:
No. Licencia S.O.:

MEDIDAS DE CONTROL PARA EL PERSONAL DE TRABAJO (MARQUE CON UNA X)

1. ILUMINACION ADICIONAL		11. CIERRE DE VIAS	
2. USO GUARDAS / MAMPARAS		12. SUSPENDER CELULARES	
3. ADECUACIÓN DE TERRENO		13. VERIFICACIÓN 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.	
		22. A.T.S. (Analisis 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:	

AUTORIZACIÓN

CERTIFICO QUE EL TRABAJO PUEDE EJECUTARSE DE MANERA SEGURA

FIRMA (AUTORIDAD MAXIMA DEL AREA):

NOMBRE:

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPO DE EMERGENCIA (MARQUE CON UNA X)

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	

EVALUACIÓN Y CIERRE PERMISO

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

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

NOMBRE:

No. Licencia S.O.

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

VERIFICACIÓN ATMOSFERA ESPACIOS CONFINADOS

PARAMETRO	VALOR	HORA	VALOR ACEPTABLE	SI	NO
O_2			ENTRE 19,5% Y 23,5%		
LEL			0		
H_2S			MENOR DE 10 PPM		
CO			MENOR 35 PPM		

MONITOREO ATMOSFERA DE PROCESO

PARAMETRO	VALOR	HORA	VALOR ACEPTABLE	SI	NO

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			

TRABAJOS CON EQUIPOS O ELEMENTOS ESPECIALES

ELECTRICO		TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS		TRABAJOS CON FUEGO		TRABAJO EN ALTURAS	
EPP Dieléctricos		EPP Impermeables		EPP Impermeables		EPP Contrarrestante	
Extintor		Entibado resistente		Medición de gases		Extintor	
Señalización		Señalización		Señalización		Señalización	
Delimitación de área		Delimitación de área		Equipo de autocontenido		Delimitación de área	
Iluminación		Iluminación		Acompañamiento		Iluminación	
						Aclimatización de área	
Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia	
Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso	

	EPCC Certificados	X
	Sistema de acceso seguro	X
	Plataformas aseguradas	
	Superficie o base nivelada	
	Andamios completamente armados	
	Distancia mínima con líneas energizadas	
	Tiempo de permanencia	
	Tiempo de descanso	

OTRAS 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?								
02	Nombre del o los contratistas involucrados:	1			2		3		
03	Nombre del responsable SST:	1			2		3		
04	Las actividades se pueden realizar bajo medidas de control		SI	NO	Especifique las medidas:				
05	¿Se aprueba entre las partes permiso?	SI		NO	Firma responsable de SST	1		2	3

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales	X	Hidráulicas	
Eléctricas		Mecánicas	
Neumáticas		Otra	

PERMISOS Y CERTIFICADOS REQUERIDOS

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

PROGRAMAS O PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

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

CONDICIONES MEDICAS

CONDICIONES MEDICAS	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		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 MEDICAS

CONDICIONES MEDICAS	TRABAJADORES													
	8		9		10		11		12		13		14	
	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 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.	NOMBRES	No. CEDULA	CARGO	HORA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
01	Nelson Gil	1124990904	oficial	8							
02	Mauricio		Oficial	8							
03											
04											
05											
06											
07											
08											

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

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: Medusa

ACTIVIDAD A EJECUTAR: Instalar tanque techo

PERMISO No.:

LOCALIZACIÓN: Piso 4

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
20	9	21	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	
25	9	21	7 00	A.M. [X] P.M. [ ]	5 00	A.M. [ ] P.M. [X]

RIESGOS POTENCIALES ASOCIADOS CON LA ACTIVIDAD (REQUERIDO POR EL EJECUTOR DEL TRABAJO)

FISICOS

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

MECÁNICOS

1. TRABAJOS EN ALTURA	X
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	X
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	X
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	

MEDIDAS DE CONTROL A PREVER EN LA EJECUCIÓN DEL TRABAJO (REQUERIDO POR EL EJECUTOR DEL TRABAJO)

1. ILUMINACION ADICIONAL		11. CIERRE DE VIAS		21. RECIPIENTES DISPOCISION RESIDUOS.	
2. USO GUARDAS / MAMPARAS		12. SUSPENDER CELULARES		22. A.T.S. (Analisis del Trabajo Seguro)	X
3. ADECUACIÓN DE TERRENO		13. VERIFICACIÓN LISTAS DE CHEQUEO		23. USO DE CUERDA GUIA (VIENTOS)	
4. BLOQUEO Y ETIQUETADO		14. USO DE EQUIPO DE PROTECCION CC		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.	

EPP DE ESPECIALIDAD REQUERIDO PARA LA ACTIVIDAD

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			

EVALUACIONES ATMOSFERICAS PERIODICAS (CUANDO APLIQUE)

EQUIPO	LECTURA		RANGO PERMISIBLE	RESULTADO
O_2			ENTRE 19,5% Y 23,5%	
LEL			0	
H_2S			MENOR DE 10 PPM	
CO			MENOR 35 PPM	

MONITOREO CONTINUO DE ATMOSFERAS PELIGROSAS (CUANDO APLIQUE)

HORA				

AUTORIZACIÓN PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD (EJECUTOR DEL TRABAJO)

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

VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE SEGURIDAD (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:

NOMBRE:

No. Licencia S.O.:

AUTORIZACIÓN

CERTIFICO QUE EL TRABAJO PUEDE EJECUTARSE DE MANERA SEGURA

FIRMA (AUTORIDAD MAXIMA DEL AREA):

NOMBRE:

FINALIZACIÓN Y CIERRE PERMISO

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

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

NOMBRE:

No. Licencia S.O.

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

REQUERIMIENTOS DE SEGURIDAD

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

VERIFICAR EQUIPOS O ELEMENTOS ESPECIALES

ELÉCTRICO		EXCAVACIÓN		ESPACIOS CONFINADOS		TRABAJO CALIENTE		TRABAJO EN ALTURAS	
EPP Dieléctricos		EPP impermeables		EPP impermeables		EPP Contrarrestante		EPCC Certificados	X
Extintor		Entibado resistente		Medición de gases		Extintor		Sistema de acceso seguro	
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 SIN HILO TAREAS

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

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales	X	Hidráulicas	
Eléctricas		Mecánicas	
Neumáticas		Otra	

PERMISOS Y CERTIFICADOS REQUERIDOS

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

PROGRAMAS O PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

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

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

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	No DOCUMENTO	CARGO	ARL	FIRMA	FIRMAS					
						DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6
01	Luis Olivera	1002[illegible]	Ayudante	arq							
02	Jaime Viloz	923878	Oficial	arq	JVM	JVM	JVM				
03	Jhon Reyes	8[illegible]	Oficial	arq							
04	Cesar Balbosa	8025607	Oficial	arq							
05	Jhon Bejarano	93[illegible]	Oficial	arq	Jhonb	—	Jhonb	Jhonb	Jhonb	Jhonb	
06	Yuri Rodriguez	1026566[illegible]	Oficial	arq	—	—					
07											
08											

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

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: mapos

ACTIVIDAD A EJECUTAR: instalar camaras - estacu

PERMISO No.:

LOCALIZACIÓN: Pisos

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
13	9	21	700	A.M. X / P.M.	500	A.M. / P.M. X

FIN

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
18	9	21	700	A.M. X / P.M.	500	A.M. / P.M. X

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

FISICOS

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

MECÁNICOS

1. TRABAJOS EN ALTURA	X
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	X
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	X
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	

TRABAJOS DE ALTO RIESGO QUE REQUIEREN PERMISO DE TRABAJO

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

VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE SEGURIDAD POR EL EJECUTOR DEL TRABAJO

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

FIRMA:

NOMBRE:

No. Licencia S.O.:

MEDIDAS DE CONTROL QUE DEBEN SER IMPLEMENTADAS POR EL EJECUTOR DEL TRABAJO

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.	
		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.	

AUTORIZACIÓN

CERTIFICO QUE EL TRABAJO PUEDE EJECUTARSE DE MANERA SEGURA

FIRMA (AUTORIDAD MAXIMA DEL AREA):

NOMBRE:

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

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

NOMBRE:

No. Licencia S.O

EVALUACIONES DE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD

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

OBSERVACIONES

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

REQUERIMIENTOS DE SEGURIDAD

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

MAQUINARIA, EQUIPOS O ELEMENTOS ESPECIALES

[illegible]		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

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

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales	X	Hidráulicas	
Eléctricas		Mecánicas	
Neumáticas		Otra	

PERMISOS Y CERTIFICADOS REQUERIDOS

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

PROGRAMAS O PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

Nombre del Documento: ____________ Código y versión: ______

Nombre del Documento: ____________ Código y versión: ______

Nombre del Documento: ____________ Código y versión: ______

CONDICIONES DE SALUD

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

CONDICIONES DE SALUD

	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	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
01	luis olveros	1025?9166	ayudante	axa	Luis M	Luis M.	Luis M.	Luis M	Luis M	Luis M	
02	Jaime vidrez	9338712	oficial	axa	Jaime	Jaime	Jaime	Jaime	Jaime	Jaime	
03	Nelson Gil	1124490904	pintor	axa	[signature]	[signature]	[signature]	[signature]	[signature]	[signature]	
04	Camilo Galicia	6004511	pintor	axs	[signature]	[signature]	[signature]	[signature]			
05											
06											
07											
08											

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

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: muebles estucos – instalación lavadero

ACTIVIDAD A EJECUTAR:

PERMISO No.:

LOCALIZACIÓN: piso 4

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
13	9	21	700	A.M. ☒ P.M. ☐	500	A.M. ☐ P.M. ☒

FIN

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
18	9	21	700	A.M. ☒ P.M. ☐	500	A.M. ☐ P.M. ☒

RIESGOS INVOLUCRADOS CON EL TRABAJO A REALIZAR (MARCAR CON EQUIS (X) EL QUE CORRESPONDA)

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. ☐

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 ☐

MEDIDAS DE CONTROL Y PREVENCION EJECUTOR DEL TRABAJO Y RESPONSABLES

1. ILUMINACION 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. VERFICACIÓN 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) ☒
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. ☐

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPO DE PROTECCION 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. ESCAFANDRA ☐
13. CUERDAS, GANCHOS ☐
14. MASCARILLA POLVO/ HUMOS ☒
15. RESP. VAPORES ÁCIDOS ☐
16. REPIRADOR VAPORES ORG. ☒
17. OTRO ☐

MONITOREO ATMOSFERAS SEGURAS CONFINADAS

				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

AUTORIZACIÓN

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

FIRMA:

NOMBRE:

No. Licencia S.O.:

AUTORIZACIÓN

CERTIFICO QUE EL TRABAJO PUEDE EJECUTARSE DE MANERA SEGURA

FIRMA (AUTORIDAD MAXIMA DEL AREA):

NOMBRE:

FINALIZACIÓN Y CIERRE PERMISO

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

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

NOMBRE:

No. Licencia S O

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

REQUERIMIENTOS DE SEGURIDAD

Nº	Rutinarios	SI	NO	NA	Observaciones
01	El área a intervenir requiere mediciones ambientales?				
02	Se informó al personal sobre los riesgos operativos a que está expuesto?				
03	El personal conoce los procedimientos técnicos, de seguridad y control ambiental requeridos?				
04	El personal responsable de los trabajos conoce el uso de los elementos de protección personal requeridos?				
05	El nivel de riesgo del trabajo, el equipo o el área requiere la presencia de un supervisor permanente?				
06	El personal conoce y entiende su función dentro del plan de emergencia y/o contingencia?				
07	Se 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?				

PARA TRABAJOS DE ELEVACIONES

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 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	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	X	Lista de chequeo para excavación	
Otro. Cual:_____		Otro. Cual:_____	

PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

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

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

TRABAJADORES

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

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

TRABAJADORES AUTORIZADOS

NO	NOMBRE	No CÉDULA	CARGO	ARL	FIRMAS DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
01	Rodrigo Carvajal	80826154	Pintor	ORL	X	X	X	X	X	X	
02	Yamirodriguez	1026566963	oficial	ORL							
03											
04											
05											
06											
07											
08											

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

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: medios

ACTIVIDAD A EJECUTAR: esfera

PERMISO No.:

LOCALIZACIÓN: piso 3

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
13	9	21	700	A.M. X / P.M.	500	A.M. / P.M. X

FIN

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
18	9	21	700	A.M. X / P.M.	500	A.M. / P.M. X

RIESGOS INVOLUCRADOS EN LA ACTIVIDAD A REALIZAR DURANTE EL CURSO DEL TRABAJO

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

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

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

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

FIRMA: Lucas en

NOMBRE: Lucas

No. Licencia S.O.:

MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS DURANTE EL TRABAJO PARA EL MEJOR DESARROLLO

1. ILUMINACION ADICIONAL		11. CIERRE DE VIAS		21. RECIPIENTES DISPOCISION RESIDUOS.	
2. USO GUARDAS / MAMPARAS		12. SUSPENDER CELULARES		22. A.T.S. (Analisis del Trabajo Seguro)	X
3. ADECUACIÓN DE TERRENO		13. 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.	

AUTORIZACIÓN

CERTIFICO QUE EL TRABAJO PUEDE EJECUTARSE DE MANERA SEGURA

FIRMA (AUTORIDAD MAXIMA DEL AREA):

NOMBRE:

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

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

FINALIZACIÓN Y CIERRE PERMISO

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

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

NOMBRE:

No. Licencia S.O

MONITOREO ATMOSFERAS PELIGROSAS (CUANDO APLIQUE)

ANALITO	1	2	VALOR PERMISIBLE	1	2
O_2			ENTRE 19,5% Y 23,5%		
LEL			0		
H_2S			MENOR DE 10 PPM		
CO			MENOR 35 PPM		

MONITOREO ATMOSFERAS PELIGROSAS (CUANDO APLIQUE)

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?				

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS

TRABAJO EN ALTURAS	ESPACIOS CONFINADOS	TRABAJO EN CALIENTE	TRABAJO EN ALTURAS
EPP Dieléctricos	EPP Impermeables	EPP Impermeables	EPP Contrarrestante
Extintor	Entibado resistente	Medición de gases	Extintor
Señalización	Señalización	Señalización	Señalización
Delimitación de área	Delimitación de área	Equipo de autocontenido	Delimitación de área
Iluminación	Iluminación	Acompañamiento	Iluminación
			Aclimatización de área
Tiempo de permanencia	Tiempo de permanencia	Tiempo de permanencia	Tiempo de permanencia
Tiempo de descanso	Tiempo de descanso	Tiempo de descanso	Tiempo de descanso

TRABAJO EN ALTURAS
EPCC 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

OBSERVACIONES ACTIVIDADES MULTIPLES

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

ENTRADAS HERRAMIENTAS

Manuales	X	Hidráulicas	
Eléctricas		Mecánicas	
Neumáticas		Otra	

PERMISOS Y CERTIFICADOS REQUERIDOS

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

PROGRAMAS PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

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

CONDICIONES DE SALUD

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

Me 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	AR	FIRMAS DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
01	Fevir Camacho	1086058	mcs/Ayudante								
02	Ivana perez	1111197590	ingsilicio	arc							
03	Monterrosa	8400909	Oficial	arc							
04											
05											
06											
07											
08											

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

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: mebog

ACTIVIDAD A EJECUTAR: Instalar lamina

PERMISO No.:

LOCALIZACIÓN: P.1 SO 2

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
13	9	21	700	A.M. X / P.M.	500	A.M. / P.M.

FIN

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
18	9	21	700	A.M. / P.M. X	500	A.M. / P.M. X

PELIGROS INHERENTES A LA ACTIVIDAD A REALIZAR (MARCAR CON UNA X)

FISICOS

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

MECÁNICOS

1. TRABAJOS EN ALTURA	X
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	X
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	X
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	

TIPO DE TRABAJO

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

AUTORIZACIÓN

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

FIRMA: Laura

NOMBRE: Laura Cortés

No. Licencia S.O.:

MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS PARA EL TRABAJO SEGURO

1. ILUMINACION 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. VERFICACIÓN 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. (Análisis 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.	

AUTORIZACIÓN

CERTIFICO QUE EL TRABAJO PUEDE EJECUTARSE DE MANERA SEGURA

FIRMA (AUTORIDAD MAXIMA DEL AREA):

NOMBRE:

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

1. OVEROL (CAMISA, PANTALÓN)	X
2. CASCO	X
3. BOTAS DE SEGURIDAD	X
4. PROTECCIÓN DE OJOS	X
5. PROTECCIÓN FACIAL	
6. PROTECCIÓN PARA OÍDOS	X
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	
14. MASCARILLA POLVO/ HUMOS	X
15. RESP. VAPORES ÁCIDOS	
16. REPIRADOR VAPORES ORG.	X
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):

NOMBRE:

No. Licencia S.O

MONITOREO ATMOSFERA (ANTES DE INGRESAR AL ESPACIO CONFINADO)

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

MONITOREOS DURANTE LABORES DE TRABAJO EN ESPACIO CONFINADO

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			

VERIFICACIÓN DE ELEMENTOS REQUERIDOS

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

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales	X	Hidráulicas	
Eléctricas		Mecánicas	
Neumáticas		Otra	

PERMISOS Y CERTIFICADOS REQUERIDOS

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

PROGRAMAS O PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

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

CONDICIONES DE SALUD

	DIA 1		DIA 2		DIA 3		DIA 4		DIA 5		DIA 6		DIA 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		X										
Enfermedad del oído que amerité tratamiento médico en las últimas 72 horas?		X		X										
Ingesta de medicamentos antigripales o que producen sueño 4 horas antes del inicio de la jornada de trabajo, prescrito por médico y con recomendaciones laborales por escrito?		X		X										
Aparición repentina de síntomas, con o sin aumento de intensidad en las últimas 72 horas, que producen trastornos del equilibrio?		X		X										

CONDICIONES DE SALUD

	DIA 1		DIA 2		DIA 3		DIA 4		DIA 5		DIA 6		DIA 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?														
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

N°.	NOMBRE	No. CÉDULA	CARGO	FIRMA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
01	Cesar Barbosa	80518807	Oficial								
02	Jhon Bejarano	93473063	Oficial								
03											
04											
05											
06											
07											
08											

	PERMISO DE TRABAJO	Código del Documento: FOR-SST-015
		Versión 00 | 26/03/2021
		Página 1 de 1

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: mebas

ACTIVIDAD A EJECUTAR: estucar pisos

PERMISO No.:

LOCALIZACIÓN: Piso 1

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
13	9	21	700	A.M. ☒ P.M. ☐	500	A.M. ☐ P.M. ☒

FIN

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
18	9	21	700	A.M. ☒ P.M. ☐	500	A.M. ☐ P.M. ☒

RIESGOS INVOLUCRADOS EN LA ACTIVIDAD AUTORIZADA POR EL PRESENTE ORDEN 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.	☐

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	☐

ACTIVIDADES DE CONTROL PREVENTIVO DEL RIESGO

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.	☐
		22. A.T.S. (Analisis 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.	☐

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	☐

MONITOREO ATMOSFERICO

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

MONITOREO ATMOSFERICO PERIODICO

FINALIZACIÓN Y CIERRE PERMISO

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

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

NOMBRE:

No. Licencia S.O

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

AUTORIZACIÓN

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

FIRMAS

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

FIRMA:

NOMBRE:

No. Licencia S.O.:

CERTIFICO QUE EL TRABAJO PUEDE EJECUTARSE DE MANERA SEGURA

FIRMA (AUTORIDAD MAXIMA DEL AREA):

NOMBRE:

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			

ACTIVIDADES CON ELEMENTOS ESPECIALES

EXCAVACIÓN		ESPACIOS CONFINADOS		TRABAJOS EN CALIENTE		TRABAJOS EN ALTURAS	
EPP Dieléctricos		EPP Impermeables		EPP Impermeables		EPP Contrarrestante	
Extintor		Entibado resistente		Medición de gases		Extintor	
Señalización		Señalización		Señalización		Señalización	
Delimitación de área		Delimitación de área		Equipo de autocontenido		Delimitación de área	
Iluminación		Iluminación		Acompañamiento		Iluminación	
						Acilmatización de área	
Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia	
Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso	

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

OBSERVACIONES O ACTIVIDADES ADICIONALES

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

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales	X	Hidráulicas	
Eléctricas		Mecánicas	
Neumáticas		Otra	

PERMISOS Y CERTIFICADOS REQUERIDOS

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

PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

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

TRABAJADORES AUTORIZADOS

Nº	NOMBRE	Nº CÉDULA	CARGO	ARL	FIRMAS DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
01	Miguel Valdez	9747728	Oficial	ARL							
02	Jose Valdez	1650782509	Oficial	ARL							
03	Carlos Balbosa	1074[illegible]65	Oficial	ARL							
04											
05											
06											
07											
08											

TRABAJADORES EN ESPACIOS CONFINADOS

Nº	ACTIVIDADES PREVIAS	DIA 1 SI	DIA 1 NO	DIA 2 SI	DIA 2 NO	DIA 3 SI	DIA 3 NO	DIA 4 SI	DIA 4 NO	DIA 5 SI	DIA 5 NO	DIA 6 SI	DIA 6 NO	DIA 7 SI	DIA 7 NO
	Traumas en cráneo y/o cara con pérdida de conocimiento, o intenso aturdimiento, ocurrido en la últimas 72 horas?		X		X		X								
	Enfermedad del oído que ameritó tratamiento médico en las últimas 72 horas?		X		X		X								
	Ingesta de medicamentos antigripales o que producen sueño 4 horas antes del inicio de la jornada de trabajo, prescrito por médico y con recomendaciones laborales por escrito?		X		X		X								
	Aparición repentina de síntomas, con o sin aumento de intensidad en las últimas 72 horas, que producen trastornos del equilibrio?		X		X		X								

TRABAJADORES EN ALTURAS

Nº	ACTIVIDADES PREVIAS	DIA 1 SI	DIA 1 NO	DIA 2 SI	DIA 2 NO	DIA 3 SI	DIA 3 NO	DIA 4 SI	DIA 4 NO	DIA 5 SI	DIA 5 NO	DIA 6 SI	DIA 6 NO	DIA 7 SI	DIA 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 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, observé las precauciones de seguridad y salud establecidas. Estoy enterado del trabajo a realizar, los riesgos asociados y se que precauciones debo tomar.

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

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: medos

ACTIVIDAD A EJECUTAR: instalar drainboll

PERMISO No.:

LOCALIZACIÓN: cortino

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
0	9	21	700	A.M. X / P.M.	800	A.M. / P.M. X

FIN

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
11	9	21	700	A.M. X / P.M.	800	A.M. / P.M. X

RIESGOS INVOLUCRADOS CON LA ACTIVIDAD A REALIZAR (MARQUE CON X)

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 X
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. _____

QUÍMICOS

1. GASES / VAPORES INFLAMABLES
2. MATERIAL PARTICULADO X
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 X
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

TRABAJOS DE ALTO RIESGO (MARQUE CON X)

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

MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS (MARQUE CON X)

1. ILUMINACION 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 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. _____

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

1. OVEROL (CAMISA, PANTALÓN) X
2. CASCO X
3. BOTAS DE SEGURIDAD X
4. PROTECCIÓN DE OJOS X
5. PROTECCIÓN FACIAL
6. PROTECCIÓN PARA OÍDOS X
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
14. MASCARILLA POLVO/ HUMOS X
15. RESP. VAPORES ÁCIDOS
16. REPIRADOR VAPORES ORG. X
17. OTRO

MEDICIÓN DE GASES (ANTES DE INICIAR LABORES)

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

PERSONAL AUTORIZADO PARA REALIZAR LA TAREA

NOMBRE	CÉDULA	CARGO	FIRMA	HORA

AUTORIZACIÓN

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

FIRMA:

NOMBRE:

No. Licencia S.O.:

CERTIFICO QUE EL TRABAJO PUEDE EJECUTARSE DE MANERA SEGURA

FIRMA (AUTORIDAD MÁXIMA DEL ÁREA):

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

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			

VALORACIÓN EQUIPOS ELEMENTOS ESPECIALES

ELECTRICO		EXCAVACIONES		ESPACIOS CONFINADOS		TRABAJO EN CALIENTE		TRABAJO EN ALTURAS	
EPP Dieléctricos		EPP impermeables		EPP impermeables		EPP Contrarrestante		EPCC Certificados	X
Extintor		Entibado resistente		Medición de gases		Extintor		Sistema de acceso seguro	X
Señalización		Señalización		Señalización		Señalización		Plataformas aseguradas	X
Delimitación de área		Delimitación de área		Equipo de autocontenido		Delimitación de área		Superficie o base nivelada	
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	

OPERACIÓN EN ACTIVIDADES SIMULTÁNEAS

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

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales	X	Hidráulicas	
Eléctricas		Mecánicas	
Neumáticas		Otra	

PERMISOS Y CERTIFICADOS REQUERIDOS

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

PROGRAMAS O PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

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

CONDICIONES ESPECIALES

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

CONDICIONES FÍSICAS

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

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

TRABAJADORES AUTORIZADOS

	NOMBRE	No. CEDULA	CARGO	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA
01	Miguel Valdez	92704728	Oficial						
02	Jose Valdez	6.807.8	Oficial						
03									
04									
05									
06									
07									
08									

	PERMISO DE TRABAJO	Código del Documento: FOR-SST-016
		Versión 09 — 26/03/2021
		Página 1 de 1

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: mobo 9

ACTIVIDAD A EJECUTAR: estucar - instalar lamina

PERMISO No.:

LOCALIZACIÓN: Piso 6

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
6	9	21	700	A.M. ☒ P.M. ☐	500	A.M. ☐ P.M. ☒

FIN

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
V	9	21	700	A.M. ☒ P.M. ☐	500	A.M. ☐ P.M. ☒

PELIGROS INVOLUCRADOS CON LA ACTIVIDAD (A SER DILIGENCIADO 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.	☐

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	☐

TRABAJOS ESPECIALES (A SER DILIGENCIADO POR EL EJECUTOR DEL TRABAJO)

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

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

FIRMA:

NOMBRE:

No. Licencia S.O.:

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL (A SER DILIGENCIADO POR EL EJECUTOR DEL TRABAJO)

1. ILUMINACION 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. VERFICACIÓN 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)	☒
23. USO DE CUERDA GUIA (MENTOS)	☐
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.	☐

AUTORIZACIÓN

CERTIFICO QUE EL TRABAJO PUEDE EJECUTARSE DE MANERA SEGURA

FIRMA (AUTORIDAD MAXIMA DEL AREA):

NOMBRE:

EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPO DE TERCEROS INVOLUCRADOS

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 Y CIERRE PERMISO

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

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

NOMBRE:

No. Licencia S O

MONITOREO ATMOSFERICO (A SER DILIGENCIADO POR EL EJECUTOR DEL TRABAJO)

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

OTROS PELIGROS Y RIESGOS PRESENTES EN LA TAREA

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

EXCAVACIÓN		EXCAVADORES		ESPACIOS CONFINADOS		TRABAJO CALIENTE		TRABAJO EN ALTURAS	
EPP Dieléctricos		EPP impermeables		EPP impermeables		EPP Contrarrestante		EPCC Certificados	X
Extintor		Entibado resistente		Medición de gases		Extintor		Sistema de acceso seguro	
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	
						Actimalización de área		Distancia mínima con líneas energizadas	
Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia		Tiempo de permanencia	X
Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso		Tiempo de descanso	X

OPERACIONES O ACTIVIDADES SIMULTÁNEAS

Nº															
01	Se esta(n) realizando otro(s) trabajo(s) que pueda(n) afectar las seguridad y el buen desarrollo a lo señalado en este permiso?														
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/HERRAMIENTAS

Manuales	X	Hidráulicas	
Eléctricas		Mecánicas	
Neumáticas		Otra	

PERMISOS Y CERTIFICADOS REQUERIDOS

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

PROGRAMAS O PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

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

CONDICIONES DE SALUD

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

CONDICIONES BÁSICAS

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

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

TRABAJADORES AUTORIZADOS

No.	NOMBRE	No. CEDULA	CARGO	AREA	FIRMAS DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
01	Jhon Ferreira	84009091	Oficial	exc							
02	Luis Olivelos	1002-34466	ayudante	exc							
03	Jhon b Estrada	1039306	oficial	exc							
04	Julio Cesar B.	8225187	oficial	exc							
05	Nelson Gil	1174999	Pintor	exc							
06	Jaime Uribe	9238712	oficial	exc							
07											
08											

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

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: mehos

ACTIVIDAD A EJECUTAR: Pintar estructura

PERMISO No.:

LOCALIZACIÓN: piso 2

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
6	9	21	7:00	A.M. ☐ P.M. ☐	5:00	A.M. ☐ P.M. ☒

FIN

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
11	9	21	7:00	A.M. ☐ P.M. ☐	5:00	A.M. ☐ P.M. ☒

RIESGOS INVOLUCRADOS EN LA ACTIVIDAD A REALIZAR DENTRO DEL EQUIPO 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.	

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	

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

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

FIRMA:

NOMBRE:

No. Licencia S.O.:

ELEMENTOS DE CONTROL PREVENCIÓN Y MITIGACIÓN DEL RIESGO EN EL EQUIPO DE TRABAJO

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.	
		22. A.T.S. (Analisis 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.	

CERTIFICO QUE EL TRABAJO PUEDE EJECUTARSE DE MANERA SEGURA

FIRMA (AUTORIDAD MAXIMA DEL AREA):

NOMBRE:

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

1. OVEROL (CAMISA, PANTALÓN)	☒	7. PETO	
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	

INICIACIÓN Y CIERRE DEL PERMISO

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

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

NOMBRE:

No Licencia S O

MONITOREO ATMOSFERICO (CUANDO APLIQUE)

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

AUTORIZACIÓN DE PERSONAL

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			

VERIFICAR EQUIPOS O ELEMENTOS ESPECIALES

ELECTRICO		EXCAVACIONES		ESPACIOS CONFINADOS		TRABAJOS EN CALIENTE		TRABAJO EN ALTURAS	
EPP Dieléctricos		EPP impermeables		EPP impermeables		EPP Contrarrestante		EPCC Certificados	X
Extintor		Entibado resistente		Medición de gases		Extintor		Sistema de acceso seguro	
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	
						Acitmalización 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				SI	NO	NA
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?				X	
02	Nombre del o los contratistas involucrados:	1		2		3
03	Nombre del responsable SST:	1		2		3
04	Las actividades se pueden realizar bajo medidas de control	SI	NO	Especifique las medidas:		
05	¿Se aprueba entre las partes permiso?	SI	NO	Firma responsable de SST	1	2 3

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales	X	Hidráulicas	
Eléctricas		Mecánicas	
Neumáticas		Otra	

PERMISOS Y CERTIFICADOS REQUERIDOS

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

PROCEDIMIENTOS O PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

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

CONDICIONES DE SALUD

CONDICIONES DE SALUD	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										
Enfermedad del oído que amerité 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 DE SALUD

CONDICIONES DE SALUD	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 amerité tratamiento médico en las últimas 72 horas?												
Ingesta de medicamentos antigripales o que producen sueño 4 horas antes del inicio de la jornada de trabajo, prescrito por médico y con recomendaciones laborales por escrito?												
Aparición repentina de síntomas, con o sin aumento de intensidad en las últimas 72 horas, que producen trastornos del equilibrio?												

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

TRABAJADORES AUTORIZADOS

Nº	NOMBRE	No. CEDULA	CARGO	EPS	ARL	HORA	FIRMA 1	FIRMA 2	FIRMA 3	FIRMA 4	FIRMA 5
01	Stemarkow	09352756	Pintor	Sura	Sura	9:00					
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											

	PERMISO DE TRABAJO	Código del Documento: FOR-SST-016
		Versión 00 | 26/09/2021
		Página 1 de 1

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: mebo 9

ACTIVIDAD A EJECUTAR: estucar - instalar lamina

PERMISO No.:

LOCALIZACIÓN: piso 5

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
6	9	21	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	
7	9	21	7:00	A.M. X / P.M.	5:00	A.M. / P.M. X

IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS Y RIESGOS (MARQUE CON UNA X EL TIPO DE PELIGRO)

FISICOS	MECÁNICOS	QUÍMICOS
1. RUIDO	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.

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

TRABAJOS DE ALTO RIESGO

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

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

FIRMA:

NOMBRE:

No. Licencia S.O.:

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

CERTIFICO QUE EL TRABAJO PUEDE EJECUTARSE DE MANERA SEGURA

FIRMA (AUTORIDAD MAXIMA DEL AREA):

NOMBRE:

MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS EN EL ÁREA DE TRABAJO

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. 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.

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

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

MEDICIÓN DE GASES (ANTES DE INICIAR LABORES)

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

AUTORIZACIÓN CIERRE PERMISO

CERTIFICO QUE EL ÁREA Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS CON ÉSTE 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

PERSONAL AUTORIZADO PARA EL TRABAJO

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?				

ADICIONAL EQUIPOS O ELEMENTOS ESPECIALES

ELECTRICO		EXCAVACIONES		TRABAJOS EN POZOS		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

Nº		SI	NO	NA
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?			
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

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:

TRABAJADORES

COMO SE ENCUENTRA HOY													
	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		X		X							
Enfermedad del oído que amerité tratamiento médico en las últimas 72 horas?		X		X		X							
Ingesta de medicamentos antigripales o que producen sueño 4 horas antes del inicio de la jornada de trabajo, prescrito por médico y con recomendaciones laborales por escrito?		X		X		X							
Aparición repentina de síntomas, con o sin aumento de intensidad en las últimas 72 horas, que producen trastornos del equilibrio?		X		X		X							

TRABAJADORES

COMO SE ENCUENTRA HOY													
	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 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	Documento	Cargo	Área	Hora Inicio	Hora Fin	Firma Inicio	Firma Fin	Hora Inicio	Hora Fin	Firma Inicio	Firma Fin
01	Ramon Ogalicia	6045114	Pinto	Exterior					1:00	Tarde		
02	Pedro Noriega	1006	Oficial	Area								
03	Luis Prada	79849589	Pinto	Ext								
04												
05												
06												
07												
08												

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

TIPO DE TRABAJO

PROYECTO: mebog

ACTIVIDAD A EJECUTAR: estucar - pintar

PERMISO No.: _____

LOCALIZACIÓN: Piso 3

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
6	9	21	7:00	A.M. X / P.M.	5:00	A.M. / P.M.

FIN

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
11	9	21	7:00	A.M. X / P.M.	5:00	A.M. / P.M.

RIESGOS ASOCIADOS A LA ACTIVIDAD A REALIZAR (DURANTE LA EJECUCIÓN 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	X
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	X
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	X
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	

MEDIDAS DE CONTROL (DURANTE LA EJECUCIÓN DEL TRABAJO)

1. ILUMINACION ADICIONAL		11. CIERRE DE VIAS	
2. USO GUARDAS / MAMPARAS		12. SUSPENDER CELULARES	
3. ADECUACIÓN DE TERRENO		13. VERIFICACIÓN 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.	
		22. A.T.S. (Analisis del Trabajo Seguro)	X
		23. USO DE CUERDA GUIA (MIENTOS)	
		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.	

EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL (EQUIPO DE PROTECCION CONTRA CAIDAS)

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

MONITOREO ATMOSFERICO PERIODICO

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

OBSERVACIONES PARA EL PERMISO

AUTORIZACIÓN

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

FIRMA: Laura Cerón

NOMBRE: Laura Cerón

No. Licencia S.O.:

AUTORIZACIÓN

CERTIFICO QUE EL TRABAJO PUEDE EJECUTARSE DE MANERA SEGURA

FIRMA (AUTORIDAD MAXIMA DEL AREA):

NOMBRE:

AUTORIZACIÓN CIERRE PERMISO

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

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

NOMBRE:

No Licencia S.O

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

REQUERIMIENTOS DE SEGURIDAD

Nº	Ruthmarios	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?				

ENTRENAMIENTO 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	
						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 SUBTERRÁNEAS

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

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

Manuales	X	Hidráulicas	
Eléctricas		Mecánicas	
Neumáticas		Otra	

PERMISOS Y CERTIFICADOS REQUERIDOS

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

PROGRAMAS O PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

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

CONDICIONES MEDICAS

Condiciones medicas	TRABAJADORES												
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Traumas en cráneo y/o cara con pérdida de conocimiento, o intenso aturdimiento, ocurrido en la últimas 72 horas?		X		X									
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 MEDICAS

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

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

TRABAJADORES AUTORIZADOS

No	NOMBRE	No. CEDULA	CARGO	HORA INICIO	HORA FINAL	FECHA INICIO	FECHA FINAL	FIRMA	HUELLA
01	Kevin camacho	1036648	Ayudante						
02	Heiner perez	1111973	maestro						
03									
04									
05									
06									
07									
08									

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

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: mebos

ACTIVIDAD A EJECUTAR: estucar, instalar laminacielo

PERMISO No.: _____

LOCALIZACIÓN: PISO 4

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
6	9	2021	7:00	A.M. ☒ P.M. ☐	5:00	A.M. ☐ P.M. ☒

FIN

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
17	9	2021	7:00	A.M. ☒ P.M. ☐	5:00	A.M. ☐ P.M. ☒

RIESGOS INVOLUCRADOS EN LA ACTIVIDAD A REALIZAR EN EL EQUIPO ELEVADO

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	☐

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

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

FIRMA: _____

NOMBRE: _____

No. Licencia S.O.: _____

MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS EN EL EQUIPO ELEVADO PARA TRABAJO

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 (MIENTOS)	☐
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. _____	☐

CERTIFICO QUE EL TRABAJO PUEDE EJECUTARSE DE MANERA SEGURA

FIRMA (AUTORIDAD MAXIMA DEL AREA): _____

NOMBRE: _____

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	☐		

FINALIZACIÓN Y CIERRE PERMISO

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

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

NOMBRE: _____

No Licencia S O _____

MEDICIONES ATMOSFERICAS

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

PERSONAL AUTORIZADO PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD

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?				
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, ELEMENTOS ESPECIALES

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

OPERACIONES O ACTIVIDADES SIMULTÁNEAS

Nº												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	X	Hidráulicas	
Eléctricas		Mecánicas	
Neumáticas		Otra	

PERMISOS Y CERTIFICADOS REQUERIDOS

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

PROGRAMAS O PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

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

CONDICIONES DE SALUD

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

CONDICIONES DE SALUD

	TRABAJADORES													
	8		9		10		11		12		13		14	
	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 oído que amerité tratamiento médico en las últimas 72 horas?														
Ingesta de medicamentos antigripales o que producen sueño 4 horas antes del inicio de la jornada de trabajo, prescrito por médico y con recomendaciones laborales por escrito?														
Aparición repentina de síntomas, con o sin aumento de intensidad en las últimas 72 horas, que producen trastornos del equilibrio?														

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

TRABAJADORES AUTORIZADOS

Nº	NOMBRE	No. CEDULA	CARGO	FIRMA 1	FIRMA 2	FIRMA 3	FIRMA 4	FIRMA 5	FIRMA 6	FIRMA 7	FIRMA 8
01	roberto calderon	80761514	oficial								
02	yimi rodriguez	1076566783	oficial								
03											
04											
05											
06											
07											
08											

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

PERMISO DE TRABAJO

PROYECTO: medios

ACTIVIDAD A EJECUTAR: estucas techo

PERMISO No.:

LOCALIZACIÓN: Piso 1

INICIO

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
6	9	2021	700	A.M. X / P.M.	500	A.M. / P.M. X

FIN

FECHA DD	FECHA MM	FECHA AA	HORA DESDE		HORA HASTA	
11	9	2021	700	A.M. X / P.M.	500	A.M. / P.M. X

RIESGOS INHERENTES A LA ACTIVIDAD A REALIZAR (DILIGENCIADO 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	X
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	X
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	X
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	

MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS POR EL 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.	
		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.	

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS

1. OVEROL (CAMISA, PANTALÓN)	X	7. PETO		13. CUERDAS, GANCHOS	
2. CASCO	X	8. PROTECCIÓN EN MANOS		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			

VALORES TIPICOS DE LECTURA DE EQUIPOS DE MEDICIÓN

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

MONITOREO ATMOSFERAS PELIGROSAS (CONFINADOS)

HORA				

AUTORIZACIÓN

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

INSPECCIÓN PREVIA REALIZADA POR EL EJECUTOR DEL TRABAJO

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

FIRMA:

NOMBRE:

No. Licencia S.O.:

AUTORIZACIÓN

CERTIFICO QUE EL TRABAJO PUEDE EJECUTARSE DE MANERA SEGURA

FIRMA (AUTORIDAD MAXIMA DEL AREA):

NOMBRE:

FINALIZACIÓN Y CIERRE PERMISO

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

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

NOMBRE:

No. Licencia S.O.

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