PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Validez	Fecha de emisión del permiso	05	07	23	**Hora**	Desde:	7:30am	Hasta:	5:30pm
No. del permiso	1	**Responsable de la generación del trabajo**			ELQUIER ENRIQUE DAZA REDONDO				
No. de Contrato/OS	1	**Proyecto**	MANTENIMIENTO EDIFICIO COMANDO						
Tipo de trabajo. MANTENIMIENTO		**Rutnario** ☐	**No rutinario** X		**Altura aproximada de trabajo**	10MT			

PERSONAL AUTORIZADO

N	NOMBRE	IDENTIFICACIóN No.	EPS	ARL	Certficado trabajo en alturas (Vigencia)
1	DUBERNEY LOPEZ ZAPATA	94.476.642	NUEVA EPS	POSITIVA	JUNIO2-2024
2	CAMILO ANDRES GALEANO ALVAREZ	1.013.681.031	NUEVA EPS	POSITIVA	JUNIO2-2024
3	JUAN MIGUEL GALEANO ALVAREZ	1.007.234.988	CAPITAL SALUD	POSITIVA	JUNIO2-2024
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Descripción de la actividad a realizar Anexo: analisis de trabajo seguro de este trabajo y procedimiento:

IMPERMEABILIZACIÓN Y LAVADO DE LA CUBIERTA Y MANTENIMIENTO RESANES Y PINTADO DE FACHADAS

LATERALES DEL EDIFICIO

Localización exacta del trabajo:

EDIFICIO DE COMANDO DE OPERACIONES - BASE AÉREA Nº4 MELGAL

Los siguientes elementos de protección personal y equipos contra caídas deberán ser utiliados por los trabajadores durante su labor (marque con una x)

Casco con barbuquejo	X	Arnés de cuerpo completo	X	Descendedores	
Gafas de seguridad	X	Eslinga de posicionamiento	X	Auto retráctl	
Protección respiratoria		Eslinga con absorbedor de choque	X	Kit de rescate	
Protección auditva	X	Mosquetón con cierre automáti o	X	Uso de andamio	X
Guantes antdeslizantes	X	Anclaje portátil Tie -o)	X	Uso de escalera	X
Botas de seguridad de acuerdo a la especialidad	X	Pretales		Uso de plataforma	
		Línea de vida portátil	X	Otros:_____	

Herramientas de trabajo

Requisitos aptitud y medidas de prevencion.	SI	NO	NA
Se ha instalado señalización preventi a que delimite el área de trabajo (cinta, conos, señales tubulares o polisombras, de tal manera que se pueda aislar o restringir la zona y no se permita el paso de personas o vehículos ajenos a la labor.			X
El trabajo en alturas mínimo lo van a desarrollar dos trabajadores ejecutores.	X		
Los trabajadoresson autorizados para ejecucion de trabajo seguro en alturas (Autorizado, Reentrenamiento)	X		
Los trabajadores están aptos para desarrollar la labor (estado de salud y concepto medico vigente)	X		
Los equipos contra caídas a utili ar se encuentran en buenas condiciones	X		
Los elementos de protección personal que utlizan los trabajadores se encuentran en buenas condiciones	X		
Los trabajadores revisan los accesos al área de trabajo y los requerimientos de rescate en caso de presentarse una emergencia.	X		
Los trabajadores realizan el permiso de trabajo en el lugar de intervenir	X		
Los trabajadores realizan el análisis de trabajo seguro ATS y lo socializan antes de iniciar la labor.	X		

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Requisitos	SI	NO	NA
Tienen anclajes para la ejecucion de la tarea.	X		
Los anclajes fijos o portaatils son eficientes para la ejecucion de la tarea y estan en buen estado.	X		
En caso de utili ar andamios, que éstos cumplan con las normas de seguridad		X	
El sistema de proteccion sera de restriccion.	X		
El sistema de proteccion sera de posicionamiento.		X	
El sistema de proteccion sera para detencion de caidas.	X		

Verificar y consultar las líneas de atención de emergencia de acuerdo al procedimiento de rescate

Línea de emergencia: **123-112-119** SST: **320 4615069**

OBSERVACIONES GENERALES

TRABAJADORES AUTORIZADOS

Con la firma de este documento aseguro conocer: los riesgos específicos del trabajo y del área, comprendo las precauciones que deben ser tomadas y me comprometo a desarrollar el trabajo cumpliendo con las normas de seguridad establecidas, procurando el autocuidado, cumpliendo los procedimientos y evitando actos inseguros, así como reportar cualquier daño de equipos e incidentes y/o accidentes presentados. Declaro que me encuentro libre de uso de Medicamentos, de consumo de drogas ilícitas, bebidas embriagantes, al igual que el uso inapropiado de sustancias psicotrópicas o químicas controladas también que me siento capaz de realizar el trabajo y que no tengo alguna razón que me impida realizar la tarea; conocemos el plan de emergencias de la Institución, que hacer en caso de accidente, sistema de alarma y los puntos de reunión, los teléfonos de emergencia y la ubicación de los equipos contra incendios

NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN No.	FIRMA	TIPO DOCUMENTO			
DUBERNEY LOPEZ ZAPATA	94.476.642		C.C.	X	C.E.	
CAMILO ANDRES GALEANO ALVAREZ	1.013.681.031		C.C.	X	C.E.	
JUAN MIGUEL GALEANO ALVAREZ	1.007.234.988		C.C.	X	C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	

FIRMAS, EMISIONES Y REVALIDACIONES

PERSONA COMPETENTE AUTORIZADA He revisado este permiso de trabajo y considero que cumple con los requisitos exigidos para desarrollar la tarea

EJECUTANTE: Yo la persona responsable de este trabajo, entendo a cabalidad el trabajo que va realizarse, así como me comprometo a cumplir con las medidas de seguridad que han sido tomadas

AUTORIDAD DE ÁREA: He verificado personalmente el área de trabajo y las medidas de seguridad tomadas para la realización del mismo y considero que se puede realizar el trabajo en forma segura

PERSONA QUE AUTORIZA LA EJECUCION DEL TRABAJO

NOMBRE	IDENTIFICACION Nº	FIRMA
ELQUIER ENRIQUE DAZA REDONDO	77.016.742	

PERSONA QUE ACTIVA EL PLAN DE EMERGENCIA

NOMBRE	IDENTIFICACION Nº	FIRMA
DUBERNEY LOPEZ ZAPATA	94.476.642	

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS (CUANDO ES DIFERENTE A LA PERSONA QUE AUTORIZA LA EJECUCION DEL TRABAJO)

NOMBRE	IDENTIFICACIONº	FIRMA
ELQUIER ENRIQUE DAZA REDONDO	77.016.742	

CIERRE Y/O CANCELACIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO

AL CIERRE DE ESTE PERMISO EL TRABAJO FUE TERMINADO ?

SI | NO

YO COMO **EJECUTANTE** DECLARO QUE EL ÁREA DE TRABAJO Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS QUEDAN EN CONDICIONES SEGURAS Y EN BUEN ESTADO DE ORDEN Y ASEO

YO COMO **AUTORIDAD DE ÁREA**, DECLARO QUE EL ÁREA DE TRABAJO Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS QUEDAN EN CONDICIONES SEGURAS Y EN BUEN ESTADO DE ORDEN Y ASEO

NOMBRE, FIRMA , FECHA

FECHA (dd/mm/aa):
HORA (am ó pm):

El trabajo mencionado en este permiso ha sido cancelado por :

☐ Incumplimiento del trabajo por haberse realizado observaciones de gravedad:

☐ Otros:

FECHA:	05	07	23	HORA:	5:30pm	AUTORIDAD DE ÁREA	

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Validez	Fecha de emisión del permiso	06	07	23	**Hora**	Desde:	7:30am	Hasta:	5:30pm
No. del permiso	1	**Responsable de la generación del trabajo**			ELQUIER ENRIQUE DAZA REDONDO				
No. de Contrato/OS	1	**Proyecto**	MANTENIMIENTO EDIFICIO COMANDO						
Tipo de trabajo.	MANTENIMIENTO	**Rutnario**		**No rutinario**	X	**Altura aproximada de trabajo**	10MT		

PERSONAL AUTORIZADO

N	NOMBRE	IDENTIFICACIóN No.	EPS	ARL	Certficado trabajo en alturas (Vigencia)
1	DUBERNEY LOPEZ ZAPATA	94.476.642	NUEVA EPS	POSITIVA	JUNIO2-2024
2	CAMILO ANDRES GALEANO ALVAREZ	1.013.681.031	NUEVA EPS	POSITIVA	JUNIO2-2024
3	JUAN MIGUEL GALEANO ALVAREZ	1.007.234.988	CAPITAL SALUD	POSITIVA	JUNIO2-2024
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Descripción de la actividad a realizar Anexo: analisis de trabajo seguro de este trabajo y procedimiento:

IMPERMEABILIZACIÓN Y LAVADO DE LA CUBIERTA Y MANTENIMIENTO RESANES Y PINTADO DE FACHADAS

LATERALES DEL EDIFICIO

Localización exacta del trabajo:

EDIFICIO DE COMANDO DE OPERACIONES - BASE AÉREA Nº4 MELGAL

Los siguientes elementos de protección personal y equipos contra caídas deberán ser utiliados por los trabajadores durante su labor (marque con una x)

Casco con barbuquejo	X	Arnés de cuerpo completo	X	Descendedores	
Gafas de seguridad	X	Eslinga de posicionamiento	X	Auto retráctl	
Protección respiratoria		Eslinga con absorbedor de choque	X	Kit de rescate	
Protección auditva	X	Mosquetón con cierre automáti o	X	Uso de andamio	X
Guantes antdeslizantes	X	Anclaje portátil Tie -o)	X	Uso de escalera	X
Botas de seguridad de acuerdo a la especialidad	X	Pretales		Uso de plataforma	
		Línea de vida portátil	X	Otros:_____	

Herramientas de trabajo

Requisitos aptitud y medidas de prevencion.	SI	NO	NA
Se ha instalado señalización preventi a que delimite el área de trabajo (cinta, conos, señales tubulares o polisombras, de tal manera que se pueda aislar o restringir la zona y no se permita el paso de personas o vehículos ajenos a la labor.			X
El trabajo en alturas mínimo lo van a desarrollar dos trabajadores ejecutores.	X		
Los trabajadoresson autorizados para ejecucion de trabajo seguro en alturas (Autorizado, Reentrenamiento)	X		
Los trabajadores están aptos para desarrollar la labor (estado de salud y concepto medico vigente)	X		
Los equipos contra caídas a utili ar se encuentran en buenas condiciones	X		
Los elementos de protección personal que utlizan los trabajadores se encuentran en buenas condiciones	X		
Los trabajadores revisan los accesos al área de trabajo y los requerimientos de rescate en caso de presentarse una emergencia.	X		
Los trabajadores realizan el permiso de trabajo en el lugar de intervenir	X		
Los trabajadores realizan el análisis de trabajo seguro ATS y lo socializan antes de iniciar la labor.	X		

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Requisitos	SI	NO	NA
Tienen anclajes para la ejecucion de la tarea.	X		
Los anclajes fijos o portaatils son eficientes para la ejecucion de la tarea y estan en buen estado.	X		
En caso de utili ar andamios, que éstos cumplan con las normas de seguridad		X	
El sistema de proteccion sera de restriccion.	X		
El sistema de proteccion sera de posicionamiento.		X	
El sistema de proteccion sera para detencion de caidas.	X		

Verificar y consultar las líneas de atención de emergencia de acuerdo al procedimiento de rescate

Línea de emergencia: **123-112-119** SST: **320 4615069**

OBSERVACIONES GENERALES

TRABAJADORES AUTORIZADOS

Con la firma de este documento aseguro conocer: los riesgos específicos del trabajo y del área, comprendo las precauciones que deben ser tomadas y me comprometo a desarrollar el trabajo cumpliendo con las normas de seguridad establecidas, procurando el autocuidado, cumpliendo los procedimientos y evitando actos inseguros, así como reportar cualquier daño de equipos e incidentes y/o accidentes presentados. Declaro que me encuentro libre de uso de Medicamentos, de consumo de drogas ilícitas, bebidas embriagantes, al igual que el uso inapropiado de sustancias psicotrópicas o químicas controladas también que me siento capaz de realizar el trabajo y que no tengo alguna razón que me impida realizar la tarea; conocemos el plan de emergencias de la Institución, que hacer en caso de accidente, sistema de alarma y los puntos de reunión, los teléfonos de emergencia y la ubicación de los equipos contra incendios

NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN No.	FIRMA	TIPO DOCUMENTO			
DUBERNEY LOPEZ ZAPATA	94.476.642		C.C.	X	C.E.	
CAMILO ANDRES GALEANO ALVAREZ	1.013.681.031		C.C.	X	C.E.	
JUAN MIGUEL GALEANO ALVAREZ	1.007.234.988		C.C.	X	C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	

FIRMAS, EMISIONES Y REVALIDACIONES

PERSONA COMPETENTE AUTORIZADA He revisado este permiso de trabajo y considero que cumple con los requisitos exigidos para desarrollar la tarea

EJECUTANTE: Yo la persona responsable de este trabajo, entendo a cabalidad el trabajo que va realizarse, así como me comprometo a cumplir con las medidas de seguridad que han sido tomadas

AUTORIDAD DE ÁREA: He verificado personalmente el área de trabajo y las medidas de seguridad tomadas para la realización del mismo y considero que se puede realizar el trabajo en forma segura

PERSONA QUE AUTORIZA LA EJECUCION DEL TRABAJO

NOMBRE	IDENTIFICACION Nº	FIRMA
ELQUIER ENRIQUE DAZA REDONDO	77.016.742	

PERSONA QUE ACTIVA EL PLAN DE EMERGENCIA

NOMBRE	IDENTIFICACION Nº	FIRMA
DUBERNEY LOPEZ ZAPATA	94.476.642	

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS (CUANDO ES DIFERENTE A LA PERSONA QUE AUTORIZA LA EJECUCION DEL TRABAJO)

NOMBRE	IDENTIFICACIONº	FIRMA
ELQUIER ENRIQUE DAZA REDONDO	77.016.742	

CIERRE Y/O CANCELACIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO

AL CIERRE DE ESTE PERMISO EL TRABAJO FUE TERMINADO ?

SI | NO

YO COMO **EJECUTANTE** DECLARO QUE EL ÁREA DE TRABAJO Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS QUEDAN EN CONDICIONES SEGURAS Y EN BUEN ESTADO DE ORDEN Y ASEO

YO COMO **AUTORIDAD DE ÁREA**, DECLARO QUE EL ÁREA DE TRABAJO Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS QUEDAN EN CONDICIONES SEGURAS Y EN BUEN ESTADO DE ORDEN Y ASEO

NOMBRE, FIRMA , FECHA

FECHA (dd/mm/aa):
HORA (am ó pm):

El trabajo mencionado en este permiso ha sido cancelado por :

☐ Incumplimiento del trabajo por haberse realizado observaciones de gravedad:

☐ Otros:

FECHA:	06	07	23	HORA:	5:30pm	AUTORIDAD DE ÁREA	

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Validez	Fecha de emisión del permiso	08	07	23	**Hora**	Desde:	7:30am	Hasta:	5:30pm
No. del permiso	1	**Responsable de la generación del trabajo**			ELQUIER ENRIQUE DAZA REDONDO				
No. de Contrato/OS	1	**Proyecto**	MANTENIMIENTO EDIFICIO COMANDO						
Tipo de trabajo. MANTENIMIENTO		**Rutnario**		**No rutinario**	X	**Altura aproximada de trabajo**	10MT		

PERSONAL AUTORIZADO

N	NOMBRE	IDENTIFICACIóN No.	EPS	ARL	Certficado trabajo en alturas (Vigencia)
1	DUBERNEY LOPEZ ZAPATA	94.476.642	NUEVA EPS	POSITIVA	JUNIO2-2024
2	CAMILO ANDRES GALEANO ALVAREZ	1.013.681.031	NUEVA EPS	POSITIVA	JUNIO2-2024
3	JUAN MIGUEL GALEANO ALVAREZ	1.007.234.988	CAPITAL SALUD	POSITIVA	JUNIO2-2024
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Descripción de la actividad a realizar Anexo: analisis de trabajo seguro de este trabajo y procedimiento:

IMPERMEABILIZACIÓN Y LAVADO DE LA CUBIERTA Y MANTENIMIENTO RESANES Y PINTADO DE FACHADAS

LATERALES DEL EDIFICIO

Localización exacta del trabajo:

EDIFICIO DE COMANDO DE OPERACIONES - BASE AÉREA Nº4 MELGAL

Los siguientes elementos de protección personal y equipos contra caídas deberán ser utiliados por los trabajadores durante su labor (marque con una x)

Casco con barbuquejo	X	Arnés de cuerpo completo	X	Descendedores	
Gafas de seguridad	X	Eslinga de posicionamiento	X	Auto retráctl	
Protección respiratoria		Eslinga con absorbedor de choque	X	Kit de rescate	
Protección auditva	X	Mosquetón con cierre automáti o	X	Uso de andamio	X
Guantes antdeslizantes	X	Anclaje portátil Tie -o)	X	Uso de escalera	X
Botas de seguridad de acuerdo a la especialidad	X	Pretales		Uso de plataforma	
		Línea de vida portátil	X	Otros:_____	

Herramientas de trabajo

Requisitos aptitud y medidas de prevencion.	SI	NO	NA
Se ha instalado señalización preventi a que delimite el área de trabajo (cinta, conos, señales tubulares o polisombras, de tal manera que se pueda aislar o restringir la zona y no se permita el paso de personas o vehículos ajenos a la labor.			X
El trabajo en alturas mínimo lo van a desarrollar dos trabajadores ejecutores.	X		
Los trabajadoresson autorizados para ejecucion de trabajo seguro en alturas (Autorizado, Reentrenamiento)	X		
Los trabajadores están aptos para desarrollar la labor (estado de salud y concepto medico vigente)	X		
Los equipos contra caídas a utili ar se encuentran en buenas condiciones	X		
Los elementos de protección personal que utlizan los trabajadores se encuentran en buenas condiciones	X		
Los trabajadores revisan los accesos al área de trabajo y los requerimientos de rescate en caso de presentarse una emergencia.	X		
Los trabajadores realizan el permiso de trabajo en el lugar de intervenir	X		
Los trabajadores realizan el análisis de trabajo seguro ATS y lo socializan antes de iniciar la labor.	X		

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Requisitos	SI	NO	NA
Tienen anclajes para la ejecucion de la tarea.	X		
Los anclajes fijos o portaatils son eficientes para la ejecucion de la tarea y estan en buen estado.	X		
En caso de utili ar andamios, que éstos cumplan con las normas de seguridad		X	
El sistema de proteccion sera de restriccion.	X		
El sistema de proteccion sera de posicionamiento.		X	
El sistema de proteccion sera para detencion de caidas.	X		

Verificar y consultar las líneas de atención de emergencia de acuerdo al procedimiento de rescate

Línea de emergencia: **123-112-119** SST: **320 4615069**

OBSERVACIONES GENERALES

TRABAJADORES AUTORIZADOS

Con la firma de este documento aseguro conocer: los riesgos específicos del trabajo y del área, comprendo las precauciones que deben ser tomadas y me comprometo a desarrollar el trabajo cumpliendo con las normas de seguridad establecidas, procurando el autocuidado, cumpliendo los procedimientos y evitando actos inseguros, así como reportar cualquier daño de equipos e incidentes y/o accidentes presentados. Declaro que me encuentro libre de uso de Medicamentos, de consumo de drogas ilícitas, bebidas embriagantes, al igual que el uso inapropiado de sustancias psicotrópicas o químicas controladas también que me siento capaz de realizar el trabajo y que no tengo alguna razón que me impida realizar la tarea; conocemos el plan de emergencias de la Institución, que hacer en caso de accidente, sistema de alarma y los puntos de reunión, los teléfonos de emergencia y la ubicación de los equipos contra incendios

NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN No.	FIRMA	TIPO DOCUMENTO			
DUBERNEY LOPEZ ZAPATA	94.476.642		C.C.	X	C.E.	
CAMILO ANDRES GALEANO ALVAREZ	1.013.681.031		C.C.	X	C.E.	
JUAN MIGUEL GALEANO ALVAREZ	1.007.234.988		C.C.	X	C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	
			C.C.		C.E.	

FIRMAS, EMISIONES Y REVALIDACIONES

PERSONA COMPETENTE AUTORIZADA He revisado este permiso de trabajo y considero que cumple con los requisitos exigidos para desarrollar la tarea

EJECUTANTE: Yo la persona responsable de este trabajo, entendo a cabalidad el trabajo que va realizarse, así como me comprometo a cumplir con las medidas de seguridad que han sido tomadas

AUTORIDAD DE ÁREA: He verificado personalmente el área de trabajo y las medidas de seguridad tomadas para la realización del mismo y considero que se puede realizar el trabajo en forma segura

PERSONA QUE AUTORIZA LA EJECUCION DEL TRABAJO

NOMBRE	IDENTIFICACION Nº	FIRMA
ELQUIER ENRIQUE DAZA REDONDO	77.016.742	

PERSONA QUE ACTIVA EL PLAN DE EMERGENCIA

NOMBRE	IDENTIFICACION Nº	FIRMA
DUBERNEY LOPEZ ZAPATA	94.476.642	

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS (CUANDO ES DIFERENTE A LA PERSONA QUE AUTORIZA LA EJECUCION DEL TRABAJO)

NOMBRE	IDENTIFICACIONº	FIRMA
ELQUIER ENRIQUE DAZA REDONDO	77.016.742	

CIERRE Y/O CANCELACIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO

AL CIERRE DE ESTE PERMISO EL TRABAJO FUE TERMINADO ?

SI | NO

YO COMO **EJECUTANTE** DECLARO QUE EL ÁREA DE TRABAJO Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS QUEDAN EN CONDICIONES SEGURAS Y EN BUEN ESTADO DE ORDEN Y ASEO

YO COMO **AUTORIDAD DE ÁREA**, DECLARO QUE EL ÁREA DE TRABAJO Y LOS EQUIPOS RELACIONADOS QUEDAN EN CONDICIONES SEGURAS Y EN BUEN ESTADO DE ORDEN Y ASEO

NOMBRE, FIRMA , FECHA

FECHA (dd/mm/aa):
HORA (am ó pm):

El trabajo mencionado en este permiso ha sido cancelado por :

☐ Incumplimiento del trabajo por haberse realizado observaciones de gravedad:

☐ Otros:

FECHA:	08	07	23	HORA:	5:30pm	AUTORIDAD DE ÁREA	